

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 96

LA CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE

DANS L'OCCLUSION

supposée complète et directement irrémédiable

DU CHOLÉDOQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Janvier 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François-Henry PERRIN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Besançon, le 6 Avril 1875



LYON

Imp. MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie}, Succ^{rs}

3, Rue Stella, 3

—
1902

LA CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE

DANS L'OCCLUSION

supposée complète et directement irrémédiable

DU CHOLÉDOQUE

LA CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE

DANS L'OCCLUSION

supposée complète et directement irrémédiable

DU CHOLÉDOQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Janvier 1902

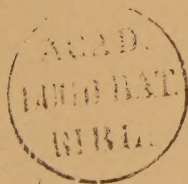
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

François-Henry PERRIN

ÉLÈVE DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON

Né à Besançon, le 6 Avril 1875



LYON

Imp. MOUGIN-RUSAND, WALTENER & C^{ie}, Suc^{rs}

3, Rue Stella, 3

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
	PONCET.
	X.
Cliniques chirurgicales	FOCHIER.
Clinique obstétricale et Accouchements	GAYET.
Clinique ophtalmologique.	GAILLETON.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRET.
Clinique des maladies mentales	WEILL.
Clinique des maladies des enfants	MONOYER.
Physique médicale	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique	CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie.	FLORENCE.
Matière médicale et Botanique.	LORTET.
Parasitologie	TESTUT.
Anatomie	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie	MORAT.
Physiologie	TEISSIER.
Pathologie interne	AUGAGNEUR.
Pathologie externe	MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TRIPIER.
Anatomie pathologique	POLLOSSON (M.)
Médecine opératoire.	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT (J.).
Hygiène	SOULIER.
Thérapeutique	CROLAS.
Pharmacologie	

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes	LAROYENNE.
--	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladie des voies urinaires.	CHANDELUX, agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires	CAUSSE, D ^r ès-sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. A. PONCET, *Président* ; M. SIRAUD, *Assesseur* ;
MM. BÉRARD et TIXIER, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Je dédie ce premier travail
en témoignage bien faible de
mon profond attachement et de
mon éternelle reconnaissance.

A MES SŒURS

Dont l'affection me fut tou-
jours si douce.

A MON FRÈRE

A la sagesse duquel je dois
peut-être beaucoup.

A MON ONCLE, M. H. PERRIN

Vétérinaire principal de 1^{re} classe

Inspecteur du 1^{er} ressort

Chevalier de la Légion d'honneur

A MON ONCLE M. V. DROUHARD

Juge d'Instruction à Pontarlier

A MON BEAU-FRÈRE — A MA BELLE-SŒUR

A MON COUSIN, M. A. PRÉVOST

Vétérinaire en 1^{er}

Comité technique de cavalerie au Ministère de la Guerre

Chevalier de la Légion d'honneur

ET MA COUSINE, M^{me} PRÉVOST

A TOUS MES PARENTS — A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
M. LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de clinique chirurgicale
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Dont les savantes et claires leçons en même temps qu'elles nous faisaient aimer la chirurgie, ont su nous faire apprécier la haute valeur. Que cet éminent Maître veuille bien recevoir ici l'expression de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JABOULAY

Qui a bien voulu nous indiquer le sujet de ce travail et dont pendant trois ans nous avons admiré la savante habileté. Nous sommes heureux de pouvoir le remercier ici de l'affabilité avec laquelle il nous a toujours reçu, et nous aimons à rendre témoignage à sa bienveillante patience que nos incessantes questions n'ont pu fatiguer.

Un vieil usage demandé par le cœur, consacré par le temps, met aux premiers feuillets de nos timides ébauches la page la plus belle et la meilleure : celle où vient parler la reconnaissance, où se peut affirmer l'affection. Si l'indifférence l'avait perdu, nous l'eussions recréé, tant il nous est doux d'acquitter aujourd'hui ces dettes si nombreuses et si chères.

Beaucoup d'indulgentes sympathies se sont montrées autour de nous durant ces années d'étude ; mais c'est à nos parents, dont toute la vie fut un exemple modeste de travail et d'abnégation, qu'ira tout d'abord l'expression trop faible de notre éternelle gratitude et de notre profond attachement. Puissent-ils être satisfaits, et le résultat obtenu changer en joie les inquiétudes que nous avons pu leur coûter ? Toutefois, ils ne se partageront pas seuls ce sentiment d'immuable reconnaissance, et nous leur joindrons dans notre cœur nos sœurs et notre frère dont l'affection toujours encourageante et souvent conseillère, nous a si doucement aidé.

Que tous nos parents, notre oncle surtout, dont la brillante carrière nous est un guide plein d'espoir, soient ici remerciés de l'affectueux intérêt qu'ils n'ont cessé de nous témoigner ; mais nous voulons qu'une grande part de cette reconnaissance revienne à M. et M^{me} Prévost, nos cousins, qui sûrent, par leurs sentiments et leurs soins, nous faire à Lyon une si large place au charme de leur joyeux foyer, qu'il nous sembla souvent n'avoir pas quitté le nôtre.

Nous n'oublierons pas nos amis : les familles Douge, Gaulard, Cusenier ; le docteur Henry, dont le sincère attachement nous fut toujours sensible, et nous partons d'ici avec le regret d'y laisser notre plus cher : le docteur Maurice Carayon dont l'amitié franche et patiente nous fut si douce aux heures grises, si joyeuse aux beaux jours. J'espère que le hasard des garnisons ne nous séparera pas longtemps et viendra bientôt augmenter encore notre mutuelle sympathie.

Mais au moment de quitter cette Faculté, n'aurons-nous pas un mot de reconnaissance pour les maîtres éminents qui durant trois ans nous ont prodigué l'enseignement précieux de leur haute expérience?... Que M. le professeur Poncet soit assuré que nous emportons de ses claires leçons un amour profond pour l'art qu'il sait si bien faire comprendre, et qu'il veuille bien accepter nos respectueux remerciements pour la bienveillance flatteuse dont il nous honore en acceptant la présidence de cette thèse. Nous sommes heureux d'acquitter ce devoir et de pouvoir en même temps rendre ici à M. Jaboulay le modeste hommage de notre grande admiration, et lui faire part avec lui de notre reconnaissance pour l'affabilité avec laquelle il nous a toujours accueilli.

Le docteur Patel, aide d'anatomie et interne des Hôpitaux, notre ami et notre collaborateur dans ce travail dont lui revient la première ébauche, nous permettra d'écrire ici un public témoignage à sa science si jeune et si grande. Ses conseils, ses recherches nous furent d'un puissant secours, et plusieurs pages de notre œuvre pourraient avouer, s'il le voulait, le passage savant et modeste de sa main toujours obligeante.

Nous remercierons aussi nos maîtres parisiens, les professeurs Terrier, Quenu, Monod, Picqué, de la bonté qu'ils ont eu de répondre à nos demandes de renseignements; et nous serons tout particulièrement reconnaissant à M. Lejars de la peine qu'il a prise à nous rédiger lui-même, pour notre thèse, deux observations très complètes.

De nombreux dessins rehaussent notre travail. Nous nous faisons un devoir de dire qu'ils sont dus à la plume des docteurs Christiani et Mathieu, nos camarades. Leur modestie en souffrira peut-être, mais nous serons heureux d'avoir rendu cet hommage à leur remarquable talent.

Enfin, que tous ceux de nos maîtres civils et militaires et de nos camarades d'Ecole qui nous ont témoigné de l'intérêt se reconnaissent dans ces lignes, et y lisent avec elles l'expression de notre bon souvenir et de notre sincère reconnaissance.

F. P.

Lyon, 15 janvier 1902.

APERÇU GÉNÉRAL

« La chirurgie des voies biliaires est à l'ordre du jour, et bien qu'elle soit née en France il y a plus de cent ans, c'est aux chirurgiens étrangers que revient l'honneur d'en avoir fait une des belles découvertes de la chirurgie abdominale. » (Segond.)

— Mais elle tend à redevenir française et avec Terrier, Quenu, Monod, Delagenière, Jaboulay, Schwartz, Lejars, Pantaloni, etc. ; son domaine s'est veilleusement augmenté.

On peut dire, en effet, aujourd'hui, que grâce à l'amplitude et à la précision des connaissances récemment acquises, et, grâce surtout aux méthodes si parfaites d'antisepsie mises avec elles au pouvoir des opérateurs ; il n'est pas d'action qui n'ait été tentée sur ce terrain. Entre la simple ponction de la vésicule biliaire et sa résection totale ; les plus délicats débridements, les plus complexes anastomoses, tout a été proposé, essayé avec plus ou moins de hardiesse, plus ou moins de bonheur, mais toujours ou presque avec une amélioration réelle pour le malade souvent condamné.

C'est que les causes qui justifient ou réclament ces interventions sont quelquefois si menaçantes ; la rétention biliaire se pare d'un cortège toujours si frappant que le chirurgien pressentant les bienfaits d'une intervention songe aussitôt à la tenter.

Atteindre la vésicule souvent distendue, l'ouvrir, l'évacuer ; attaquer l'obstacle cause de la rétention, le vaincre ou le tourner ; permettre l'écoulement permanent de la bile au dehors ou rétablir son cours par un trajet détourné : telle est, en deux mots, toute la thérapeutique chirurgicale de la rétention biliaire. Il serait long et difficile d'exposer les nombreuses interventions et les multiples procédés mis à son usage, mais on peut les définir par groupes en constituant trois catégories déterminées par les trois façons principales dont se fait et s'assure ensuite l'évacuation constante de la bile.

La première réunit les opérations qui lèvent simplement l'obstacle au courant biliaire : cholécystotomie, cathétérisme, cholélithotripsie, cholédocotomie, résultat : la bile reprend son cours.

La seconde comprend celles qui, par suite de la résistance de l'obstacle, assurent la déplétion de la vésicule biliaire en créant par son ouverture et son accollement à la paroi abdominale une fistule cutanée persistante ; cholécystostomie : la bile s'écoule à l'extérieur.

Dans la dernière, enfin, prennent place celles qui, après avoir ouvert et laissé voir l'invincibilité de l'obstruction, tendent à faire rentrer la bile dans le courant intestinal au moyen d'un anastomose intime

entre la vésicule et le tube digestif : les conditions physiologiques primitives sont à peu près réalisées.

Ces trois genres d'intervention dans la rétention biliaire sont commandés par deux éventualités faciles à prévoir. Ils s'imposeront tour à tour suivant que l'occlusion est d'une *curabilité facile et certaine*, ou bien au contraire qu'elle est *complète et directement irrémédiable*.

Le cholédoque est-il obstrué par un amas de calculs ou par un calcul unique qui ne distend pas trop son calibre?... la *cholédotomie* ou le *cathétérisme* (?) remettra les choses en état.

L'obstacle est-il constitué par un néoplasme des voies biliaires, du duodenum, de la tête du pancréas; est-il le résultat d'un calcul invincible, d'une rétraction inodulaire dans la lumière du conduit?...

L'on emploiera l'une des opérations des deux dernières catégories: fistules cutanées permanentes ou *cholécysto-anastomoses* intestinales.

Et comme le but du chirurgien est de corriger la nature égarée en imitant de son mieux sa normale; et sa première préoccupation de laisser à l'organisme les éléments qu'exige son bon fonctionnement, on abandonnera, toutes les fois qu'il sera possible, la cholécystostomie qui, détournant la bile, prive la fonction intestinale d'un facteur précieux, pour lui préférer une anastomose qui le lui conserve.

Ce travail n'ayant pour base que les cas de rétention biliaire par obstacle directement irrémédiable du

cholédoque, nous n'étudierons ici que les anastomoses en adoptant pour cette étude le plan suivant :

Tout d'abord, nous nous poserons cette question : à quels caractères peut-on reconnaître les obstacles de cette nature ?... Nous verrons si le diagnostic différentiel en est possible parmi la variabilité et la confusion d'une foule de symptômes communs à plusieurs affections évoluant dans des allures presque identiques.

Puis ensuite l'occlusion irrémédiable du cholédoque étant soupçonnée, pourquoi préférer une cholécysto-anastomose à l'abouchement cutané et dans quelle partie du tube digestif doit on faire ouvrir la vésicule ? Nous passerons successivement en revue les différentes entérostomies biliaires qui ont été pratiquées, nous discuterons leurs avantages et leurs inconvénients, et fixant notre choix nous nous arrêterons de préférence sur l'une d'entre elles qui malgré sa nouveauté a paru aux yeux et dans les mains de notre maître, M. le professeur agrégé Jaboulay, digne dans beaucoup de cas de la faveur des chirurgiens. **La cholécystogastrotomie**, anastomose de la vésicule biliaire et de l'estomac sera l'objet de la fin de ce travail.

Essayée pour la première fois par Wickoff et Angelberger (21 septembre 1892) qui s'y étaient vus contraints, ne disposant parmi un chaos d'adhérences cancéreuses que de l'estomac pour y aboucher la vésicule, cette opération est encore peu connue et ne possède pas de technique opératoire fixe. Pratiquée en tout une quinzaine de fois elle a toujours donné des résultats excellents.

Nous nous efforcerons dans cette étude d'en montrer les avantages ; nous discuterons les inconvénients qu'on a cru lui trouver et après avoir recherché ses indications et justifié par là notre choix, nous exposerons dans un dernier chapitre la technique opératoire de M. Jaboulay qui se présente comme le chirurgien l'ayant le plus pratiquée.

Nous nous verrons obligé de faire de nombreux emprunts : notre but étant précisément de prouver la légitimité de cette opération par des expériences physiologiques et des constatations chirurgicales que compléteront d'intéressantes observations cliniques.

Que les maîtres qui les ont faites et publiées veuillent bien nous pardonner les longues citations que nous leur empruntons : une doctrine pour être solide doit s'établir sur des documents qui font loi dans la bouche de ceux qui les ont fournis ; c'est pourquoi nous n'avons pas voulu par d'incomplètes analyses ou de maladroites compilations en altérer la valeur et la portée.

CHAPITRE PREMIER

LES OBSTRUCTIONS DU CHOLÉDOQUE

Leur Diagnostic

SOMMAIRE DU CHAPITRE PREMIER

Causes de la rétention biliaire. — Obstacles intra et extra-hépatiques. — Diagnostic différentiel, — Faut-il intervenir? Quand faut-il le faire?

Avant d'exposer le traitement d'une lésion il est logique de la décrire et d'en établir le diagnostic différentiel : avant de proposer la cholécystogastrostomie comme traitement de l'obstruction irrémédiable du cholédoque, il est utile de jeter un coup d'œil sur les causes de la rétention biliaire et de voir si cette cause particulière de rétention est reconnaissable et comment on peut en faire le diagnostic.

I

Causes de la rétention biliaire et de l'ictère qui en est la conséquence.

Les obstacles au cours de la bile son-intra ou extra-hépatiques :

1° Obstacles intra-hépatiques.	{	Cirrhoses.	{	Cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot.
		Angiocholites.		Cirrhose hypertrophique graisseuse.
		Ictère catarrhal prolongé.		
2° Obstacles extra- hépatiques du cholédoque.	{	a) internes	{	Lithias biliaire.
				Rétrécissement cicatriciel.
				Bouchon muqueux.
				Corps étrangers (?)
				Parasites.
		b) extérieurs.	{	Hypertrophie du ganglion de Hartmann ?
				Bride péritonéale.
				Compression par une production pathologique des organes voisins.
		c) agissant par compression extérieure en même temps que par occlusion interne (obs. envahissant).	{	Cancer de la vésicule.
				— du cholédoque.
				— de l'ampoule de Vater.
				— de la tête du pancréas.

II

Le diagnostic précis de chacune de ces causes étant souvent impossible on s'appliquera seulement à déterminer si l'obstacle est intra ou extra-hépatique, et cette distinction sera faite par la réunion ou la variabilité de certains symptômes assez nettement définis.

De cette distinction se tireront les règles de l'intervention et l'on tentera la laparotomie exploratrice d'abord toutes les fois que l'obstacle au cours de la bile sera reconnu comme extra-hépatique, et de plus chaque fois que le diagnostic sera douteux si l'état général ne rappelle pas celui de l'ictère grave; prostration, délire, etc.

Cette laparotomie ayant fait voir la cause exacte de l'occlusion on agira différemment suivant la diversité même des obstacles; mais si elle paraît être dans le cholédoque et semble directement irrémédiable on établira une cholécysto-anastomose.

CHAPITRE PREMIER

Des ictères persistants. — Obstructions intra et extra-hépatiques, séméiologie différentielle. — Quand doit-on intervenir dans la rétention biliaire ?

MM. Viault et Jolyet ont appelé la bile : « l'urine du foie », expression pittoresque mais vraie; car si le rein élimine à travers son filtre une bonne partie des déchets organiques, le foie ne lui cède en rien dans le déblaiement des matériaux devenus inutiles.

A la fois dangereuse dans le sang dont elle altère les globules et précieuse dans l'intestin où elle parachève la digestion, la bile, au volume où elle est produite : 500 à 1000 grammes par jour, ne saurait sans de graves complications être troublée dans son cours.

Mais ses voies d'excrétion sont complexes et fragiles, et les rapports qu'elles contractent avec les organes voisins les exposent encore davantage aux accidents qui leur peuvent survenir; c'est dire que

leur obstruction est fréquente, et les symptômes qu'elle engendre sont graves et frappants.

Elle peut occuper tous les points de la canalisation biliaire, depuis le cholédoque à son embouchure dans l'intestin, jusqu'au canalicule le plus intime de la glande hépatique.

Dans presque tous les cas, le résultat est le même : l'engorgement du foie par la bile, le déversement de celle-ci dans le sang, l'ictère enfin avec ses funestes conséquences.

Depuis longtemps, les chirurgiens se sont préoccupés d'attaquer directement la cause de ce syndrome, mais il a fallu l'antisepsie pour espérer de réels résultats.

Avec elle, il est en effet des obstructions que l'on peut atteindre sans danger, qui sont parfois facilement abordables ; par contre, il en est d'autres, et ce ne sont pas les moins nombreuses, que leur situation même place au-dessus des ressources actuelles de la chirurgie. Tant que l'obstacle siège sur le cholédoque, dans la vésicule, au canal cystique, on peut l'attaquer : mais s'il se dérobe dans la profondeur du parenchyme hépatique et réside dans les origines mêmes des canalicules biliaires : il est toujours inutile souvent, dangereux d'y porter la main.

Du diagnostic étiologique et topographique de l'obstacle dépend donc l'intervention. On ne fait pas courir impunément à un malade affaibli, cachectisé, les aléas d'une laparatomie, et l'on ne s'y décide qu'avec

une certaine connaissance du siège et de la nature de l'occlusion.

Mais cette connaissance est dans quelques cas très difficile à acquérir. Les multiples affections qui peuvent intéresser les voies biliaires ont en effet tant de caractères communs, et le syndrome ictère voile si souvent leurs autres manifestations qu'on a vu les plus habiles cliniciens commettre des erreurs.

Nous n'avons pas la prétention de vouloir donner ici des règles pour conduire à bien ces diagnostics délicats : d'autres plus autorisés l'ont fait avant nous.

Nous nous contenterons d'extraire de leurs travaux les signes cliniques capitaux des affections pouvant déterminer la rétention biliaire, nous comparerons ces signes entre eux et nous arriverons peut-être ainsi à différencier les ictères par occlusion du cholédoque, terrain d'action du chirurgien, des ictères par cirrhoses hépatiques, apanage du médecin.

Nous insisterons sur le diagnostic différentiel du *cancer de la tête du pancréas*, qui dans son extension fatale devient le plus fréquent obstacle irrémédiable du cholédoque, et nous terminerons cette première partie de notre travail par la détermination aussi nette que possible des cas où le chirurgien en présence d'une rétention biliaire doit ou ne doit pas intervenir.

**SYMPTOMATOLOGIE DE L'ICTÈRE PERSISTANT
PAR OCCLUSION DES VOIES BILIAIRES
INTRA-HÉPATIQUES (1):**

L'ictère persistant dû à une rétention biliaire dans les petits canaux intra-hépatiques a sa cause dans une altération particulière du tissu conjonctif du foie : la cirrhose.

Il existe un type clinique bien défini de cirrhose du foie avec ictère chronique, c'est la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot. Mais ce type clinique est très rare. On observe plus fréquemment une autre sorte de cirrhose avec augmentation de volume du foie et pouvant s'accompagner d'un ictère foncé persistant : c'est la cirrhose hypertrophique graisseuse décrite particulièrement chez les tuberculeux et les alcooliques par Hutinel (2) puis par Sabourin (3).

Nous ne nous attarderons pas à décrire en détail ces deux affections bien étudiées dans tous les classiques. Mais en jetant un coup d'œil sur leur tableau clinique, il est quelques particularités que l'on doit remarquer et qui sont caractéristiques. C'est d'abord dans la cirrhose hypertrophique biliaire de Hanot la variabilité de l'ictère aux premiers temps de son apparition et la non-distension de la vésicule par la suite : deux symptômes rares avec une occlusion irrémédiable du cholé-

(1) Nous avons utilisé pour établir cette symptomatologie la thèse de Humbel : Des ictères persistants, Lyon, 1898.

(2) Hutinel, *France Médicale*, 1881.

(3) Sabourin, *Archives de Physiologie*.

doque; et dans la cirrhose hypertrophique graisseuse le même état de la vésicule, et la rapidité avec laquelle surviennent les symptômes de l'ictère grave.

**SYMPTOMATOLOGIE DE L'ICTÈRE
PERSISTANT PAR OCCLUSION DES VOIES BILIAIRES
EXTRA-HÉPATIQUES**

L'occlusion des grosses voies biliaires peut se faire de trois manières :

L'obstacle siège dans les conduits eux-mêmes : calcul, rétrécissement cicatriciel ; ou en dehors d'eux et agir par compression : bride péritonéale, tumeur du voisinage ; ou bien enfin tenir de l'une et de l'autre disposition ; envahir une partie de la lumière du conduit et clore le reste par une compression extérieure : c'est le cas d'un cancer envahissant.

On peut donc distinguer des *obstacles internes*, des *obstacles externes* et des *obstacles mixtes*. Malheureusement, leur symptomatologie clinique ne les différencie pas nettement les uns des autres.

I. — OBSTACLES INTERNES

Lithiase biliaire

L'obstruction calculeuse du cholédoque, bien étudiée par Terrier, Courvoisier, Couturier (1) et Vautrin (2) se décele cliniquement par l'apparition d'un ictère

(1) Couturier. De l'obstruction calculeuse du cholédoque. — Th. Paris 1896-97.

(2) Vautrin. *Revue de Chirurgie*, 1896,

intense, persistant après quelques variabilités, et se montrant presque toujours à la suite d'une ou de plusieurs crises de coliques hépatiques. Parallèlement à lui, le foie augmente un peu de volume, mais quelquefois cette hypertrophie, même légère; manque totalement. La vésicule est peu ou point dilatée : cette dilatation est aussi rare ici que fréquente dans l'obstruction biliaire de cause néoplasique ou mécanique. *C'est la loi de Courvoisier-Terrier*. Mais elle est loin d'être constante, comme nous le verrons tout à l'heure, la lithiasse s'accompagnant parfois d'expansion vésiculaire, alors que le cancer du pancréas, par exemple, n'en est pas suivi dans quelques cas.

Quant aux autres obstacles internes : le *rétrécissement cicatriciel* (1) le *bouchon muqueux* des alcooliques (2), ils n'ont pas de signes caractéristiques et le diagnostic en est à peu près impossible.

Il en est de même des :

II. — OCCLUSIONS PAR COMPRESSION EXTÉRIEURE

a) L'augmentation de volume *du ganglion du hile* du foie (3) est, on peut le dire une trouvaille d'autopsie.

b) La compression du cholédoque par une *bride péritonéale* sera difficilement reconnue, même avec la notion d'une péritonite antérieure. Il faut des cas

(1) Observation de Lépine. Thèse de Humbel: loc. cit.

(2) Observation de Michaud. *Loire Médicale*, 1901. N° XX.

(3) Hartmann. Société anatomique, Paris.

comme celui de M. Weill, publié dans la thèse de notre collègue Jude (1) pour supposer avec quelque raison le diagnostic exact.

On a cité encore d'autres causes d'occlusion par compression : *l'anévrisme de l'artère hépatique; une tumeur du rein, un kyste de l'ovaire, un kyste hydatique du foie*, etc.

Dans ce cas, on a toujours un ictère progressif; en général le foie n'est pas augmenté de volume, au moins pendant les premières semaines; la vésicule biliaire est au contraire distendue. Les autres symptômes sont ceux de l'affection.

Comme on le voit, la plupart des causes intra et extra-hépatiques des occlusions biliaires que nous venons d'énumérer sont, à part la lithiase, des raretés cliniques. Mais nous allons aborder la séméiologie des affections que nous avons appelées *causes mixtes*, c'est-à-dire les cancers intéressant les voies biliaires, et qui avec la lithiase, donnent presque la totalité du contingent des obstructions.

Ces néoplasmes peuvent envahir tous les points des voies biliaires. On a, en effet, décrit le cancer primitif de la vésicule, celui du cholédoque, celui même de l'ampoule de Vater, et l'on doit faire une place toute particulière au cancer de la tête du pancréas.

(1) La symphise généralisée du péritoine, Lyon. 1901. Dans cette observation l'ictère était variable, tantôt foncé, tantôt léger. L'autopsie montra que la compression du cholédoque par la bride péritoneale était incomplète.

III. — OBSTACLES MIXTES A LA FOIS INTERNES ET EXTÉRIEURS : CANCERS ENVAHISSANTS DES VOIES BILIAIRES.

1°. — *Cancer primitif de la vésicule.* — « Lorsqu'ils se sont développés, ils présentent un tel caractère de généralité, et sont parfois accompagnés de phénomènes si insolites, qu'ils peuvent mettre en défaut l'expérience la plus consommée. » (Segond (1)).

2°. — *Cancer primitif du cholédoque.* — Consécutif le plus souvent à la propagation d'un cancer du pancréas, avec lequel il se confond, il est très rare. Dans un cas de Lépine, il y avait eu amaigrissement rapide à la suite d'une anorexie progressive. Le foie et la rate n'étaient pas augmentés, il y avait un peu d'ascite. Le malade mourut après hématoméses et méloëna.

3°. — *Le cancer de l'ampoule de Vater* s'accompagne bien d'ictère assez précoce, mais cet ictère est à marche lente, irrégulière avec, souvent, renforcements suivis d'atténuations.

Le foie est variable, tantôt normal, tantôt hypertrophié.

La vésicule est distendue au point de devenir parfois perceptible à la vue sur la paroi abdominale.

(1) Segond. Traité de Chirurgie, Duplay et Reclus, t., VII, p. 315. — Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet. tome VIII.

On observe aussi des douleurs spontanées et quelques troubles digestifs.

Quant à la fièvre, elle peut ne s'observer qu'à la fin,

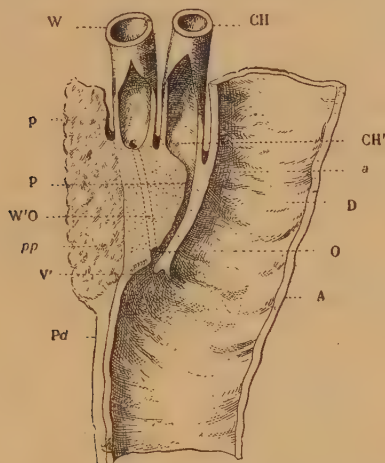


FIG. 1 (extraite de J. PANTALONI)

Type de cancer de la région de l'ampoule de Vater

(D'après H. DOMINICI)

LÉGENDE, — *D*, duodénum ; *CH*, cholédoque ; *W*, canal de Wirsung ; *A*, paroi inférieure du duodénum ; *a*, paroi postérieure du côté de l'estomac ; *P*, trajet intraduodénal du cholédoque ; *W*, *O*, canal de Wirsung, représenté en pointillé débouchant en *O* sur la paroi postérieure d'une cavité qui n'est autre que la cavité du cholédoque dans son trajet intraduodénal ; *V*, ampoule de Vater faisant saillie dans le duodénum. Le néoplasme occupe la paroi postérieure du cholédoque dans son trajet intra-duodénal de *CH'* en *O*, la paroi postérieure de l'ampoule de Vater de *O* en *V'*. Il est rentré par le trajet du canal de Wirsung *W'O*, qu'il rétrécit. En arrière il marche à la rencontre des acini du pancréas *pp*.

mais parfois des poussées d'angiocholite la font paraître précoce.

En somme, pas plus de symptomatologie bien spéciale dans le cas du cancer de l'ampoule de Vater, que

dans les deux précédents; peut-être la *rapidité de l'ictère et les troubles intestinaux* pourraient-ils à la rigueur, servir de base à un diagnostic, mais ce ne serait pas là une base suffisante. « Dans la majorité des cas, le problème à résoudre se présente de la façon suivante : on se trouve en présence d'un ictère chronique par rétention. C'est la cause première de cet ictère qu'il faut trouver. C'est par exclusion qu'on procèdera pour reconnaître les causes de la rétention biliaire, et bien souvent la solution sera presque impossible, surtout lorsqu'il s'agira de distinguer le cancer des voies biliaires des complications locales de la lithiase. » (Segond) *loc. cit.*

Le cancer de la tête du pancréas comme cause de rétention biliaire.

Mais il est une autre affection qui réalise schématiquement l'obstacle directement irrémédiable du cholédoque, et dont l'existence vient encore compliquer le diagnostic : *c'est le cancer de la tête du pancréas.*

Par sa situation anatomique, le pancréas est en contact direct avec le cholédoque qui longe sa tête sur un parcours de deux ou trois centimètres et l'on conçoit facilement les effets rapides d'une tumeur de la glande sur la perméabilité du conduit.

Ce néoplasme est, avec la lithiase biliaire, une des causes les plus fréquentes de rétention.

Il se rencontre en effet très souvent : (129 fois, sur 627 tumeurs trouvées aux autopsies faites à Milan, de 1868 à 1886), et chaque fois qu'il se développe, on cons-

tate ictère persistant, assez communément même, comme premier symptôme.

Réputé longtemps comme impossible à reconnaître durant la vie, le cancer du pancréas, magistralement étudié par *Bard et Pic*, en 1888 (1), est aujourd'hui,

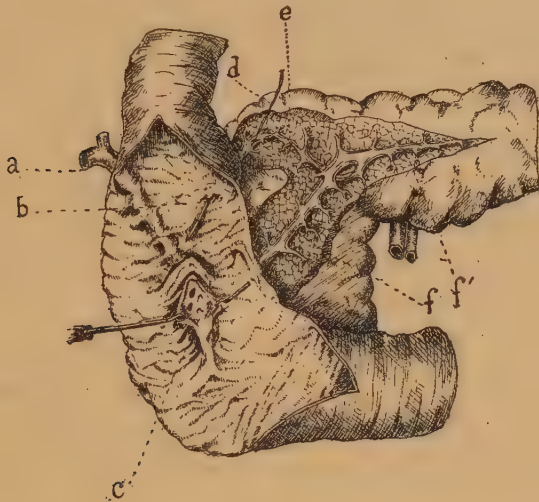


FIG. 2

Rapports du pancréas et du duodénum
(D'après POIRIER)

a, cholédoque; *b*, orifice de Santorini; *c*, orifice de Wirsung; *d*, crin passant dans le canal de Santorini; *e*, canal de Santorini; *f f'* canal de Wirsung.

grâce à leurs travaux, d'un diagnostic possible dans presque tous les cas, relativement facile même, dans quelques-uns.

(1) Bard et Pic. — *Revue de Médecine*.

Ces auteurs lui ont trouvé une symptomatologie spécifique nette et précise, et l'ayant dégagée des manifestations secondaires où elle se perdait, en ont constitué un syndrome qui, depuis, fait loi, et auquel on a donné leur nom.

Ce *syndrome* comprend les éléments suivants :

a) *Un ictère pouvant s'accompagner de douleur et de troubles digestifs, mais survenant le plus souvent sans bruit.*

Il offre les deux caractères suivants :

1° Il ne présente jamais d'arrêt, ou de périodes d'amélioration passagère, comme celui résultant du cancer de l'ampoule de Vater; son accroissement est régulièrement progressif.

2° Il tend à devenir de plus en plus foncé.

b) *Un foie peu ou point augmenté de volume, mais accompagné d'une vésicule dilatée quelquefois dans des limites extraordinaires, et douloureuse à la pression.*

c) *Une température normale ou hypo-normale.*

d) *Enfin une cachexie particulièrement rapide-
accompagnée souvent d'hémorragies.*

On a objecté à ce syndrome la disjonction de ses éléments. Ainsi la distension de la vésicule (loi de Courvoisier-Terrier) n'est pas constante. M. Chappet(1) a signalé un cas des plus intéressants dans lequel la distension de la vésicule avait fait porter le diag-

(1) Chappet. — *Lyon Médical*.

nostic du cancer et rejeter l'intervention, en raison de l'état cachectique du malade.

A l'autopsie, on trouva un calcul dans le cholédoque.

Dieulafoy (1) a signalé des cas semblables; de plus, la *non-hypertrophie du foie* est contredite par lui.

La température elle-même n'est pas un signe certain. M. Mollière (2) a observé de la fièvre chez des malades atteints du cancer du pancréas.

Le syndrome de MM. Bard-Pic n'est donc pas toujours réalisé au complet. Quoiqu'il en soit, lorsqu'il existe, et c'est le cas le plus fréquent, il est caractéristique de la néoplasie pancréatique.

En résumé, après avoir passé en revue la symptomatologie des diverses affections pouvant donner le syndrome objectif de la rétention biliaire, nous arrivons à cette conclusion que le diagnostic précis du siège de l'occlusion est souvent presque impossible.

En effet, parmi les obstacles internes, la lithiase elle-même peut être difficile à reconnaître. D'autre part, tous les cancers des voies biliaires ont des caractères communs, et ne se distinguent pas suffisamment les uns des autres. Les obstacles extérieurs sont, pour la plupart, des raretés cliniques qu'on ne peut guère que supposer, et qui, à part la cachexie moins rapide avec

(1) Dieulafoy. — *Clinique Médicale*.

(2) Mollière. — Soc. des Sciences médicales de Lyon, 1896.

eux, offrent souvent les symptômes fonctionnels des cancers.

Seul, le cancer du pancréas présente une symptomatologie assez caractéristique, et il est même des cas où cette symptomatologie n'est pas complètement réalisée, et ne permet pas par conséquent un diagnostic ferme.

Il faudrait donc se montrer déjà très satisfait si, devant un ictère persistant, on parvenait à trouver un critérium certain permettant d'affirmer que la rétention est le fait d'une cirrhose et non d'une occlusion extra-hépatique, et vice-versa. Ceci même est difficile dans quelque cas, et nous n'aurons pas la témérité d'établir ce diagnostic différentiel, malgré la relative simplicité qu'il présente de prime abord.

Cependant nous dirons :

a) *Qu'un ictère léger, inégal dans ses allures, gardant cette inconstance pendant plusieurs semaines, à plus forte raison pendant plusieurs mois, est en faveur d'une cirrhose.*

b) *Qu'un foie hypertrophié accompagné d'une vésicule normale est tributaire également de la même maladie ;*

c) *Qu'un état général à peu près satisfaisant s'accorde fort bien avec elle ;*

d) *Enfin qu'une douleur légère à la pression dans la région hépathique, et qui ne s'irradie pas vers l'épaule droite est encore à l'actif plutôt d'une cirrhose.*

Nous ajouterons d'autre part :

a) *Qu'un ictère spontané, persistant, rapidement*

progressif, est le fait d'une obstruction extra-hépatique, s'il ne s'accompagne pas de phénomènes d'ictère grave primitif ;

b) Qu'un foie normal avec une vésicule dilatée dépend de la même cause ;

c) Que des douleurs vives, soit en crises spontanées, soit à la pression, en un point limité relèvent du même genre d'obstruction.

d) Qu'enfin un état général rapidement mauvais accompagnant les phénomènes précédents sera l'indication presque certaine qu'il y a occlusion extra-hépatique, et que cette occlusion est le fait d'un cancer, souvent du pancréas.

C'est là, à peu près, tout ce qu'il est permis d'affirmer si l'on s'en rapporte aux esquisses symptomatiques que nous venons de tracer.

Faut-il intervenir ? Quelle sera donc l'attitude du chirurgien devant cette obscurité ? Devra-t-il s'abstenir de toute intervention ? Les dangers d'une laparotomie exploratrice sont-ils d'un grand poids devant la possibilité de laisser s'éteindre dans la cachexie un malheureux qu'on aurait certainement sauvé ; si l'on avait su qu'une simple bride péritonéale ou un malencontreux calcul était cause de tout le mal ?

D'autre part, si, tout en n'enlevant pas l'obstacle qui gêne le cours de la bile, on procure à celle-ci une voie dérivative en éliminant ainsi les dangers de la rétention biliaire, n'aura-t-on pas rendu service au malade ?

Cependant si l'on adoptait l'opinion de MM. Bard et Pic sur la pathogénie de la cachexie observée dans le cancer de la tête du pancréas, l'intervention chirurgicale ne serait pas justifiée dans cette affection.

La bile est un poison pour le sang : elle en altère les globules : il serait donc assez logique de penser que son action doit être prise en considération. Ce n'est point l'opinion de ces auteurs. D'après eux, la cachexie dans l'affection qui nous occupe serait due *uniquement* aux poisons sécrétés par les cellules cancéreuses, et répandues dans l'économie.

« On connaît, disent-ils, la tolérance de l'économie
« pour les ictères chroniques d'une autre origine : pour
« celui de la cirrhose hypertrophique notamment.
« Dans notre observation V, l'opération de la cholécysto-
« stomie a été pratiquée (1) : elle n'a pas entraîné de
« suites opératoires, la bile s'écoulait au dehors, la
« cachexie et la mort ne paraissent en avoir été ni
« modifiées ni retardées. La mort est survenue six
« semaines après l'opération ; comme dans les autres
« cas, la cachexie a été particulièrement rapide dans les
« derniers stades, et la durée totale a été de quatre
« mois (2), ce qui est précisément la moyenne des cas
« observés. »

Nous nous permettons de ne pas adopter la même manière de voir, et sans avoir la témérité d'exposer

(1) Trois mois et demi ou quatre mois après le début de la lésion.

(2) De plus, l'observation ne mentionne pas que l'ictère ait rétrocedé.

des vues théoriques que nous ne saurions soutenir, nous établirons notre appréciation sur les résultats obtenus chez les cancéreux par le traitement de leur rétention biliaire.

Etant donné qu'un cancer du pancréas a une durée maximum de six à sept mois, (quatre comme moyenne donnée plus haut par Bard et Pic), et qu'on a recours habituellement au chirurgien dans la dernière moitié du troisième mois, nous serons en droit de dire que la rétention biliaire a une influence considérable sur la marche de la cachexie, si nos observations prouvent :

1^o Que le malade a une survie dépassant trois mois depuis son opération.

2^o Qu'elle a amélioré son état général, qu'il s'est mis à engraisser immédiatement après elle.

Or, en nous basant non sur une seule cholécystotomie, mais sur toutes les observations d'opérations analogues qui nous tombent sous la main, nous trouvons, en y comprenant les plus mauvais cas, et en mettant tout contre cette statistique, une survie moyenne de huit mois et demi (1).

Observation de Monastyrki.. survie : 2 mois.

—	Kappeler....	»	16	»
—	Terrier.....	»	10	»
—	Duchamp....	»	13	»
—	Quenu	»	3	»
—	Jaboulay I..	»	16	»

(1) Nous avons naturellement écarté de cette statistique les cas où la mort a été le résultat immédiat de l'opération.

Observation de Jaboulay II.. survie : 4 mois.

— : Jaboulay III. » 4 »

— Peck..... plus de 3 mois (1).

— Dubourg plus de 3 mois 1/2.

Total: 68 mois : 8 = moyenne 8 mois 1/2.

Survie opératoire 8, mois 1/2. — Survie réelle, 5 à 6 mois.

Et encore avons-nous fixé le moment de l'intervention à trois mois; c'est plutôt trois et demi et quelquefois quatre, qu'il faudrait donner, si nous nous en rapportons aux observations.

En outre, tous ces malades, sans aucune exception, ont immédiatement après leur opération engraisé, et même parfois dans des proportions surprenantes.

Devant ces résultats, il semble logique d'admettre que si le suc pancréatique a la prépondérance dans l'évolution de la cachexie, la bile favorise énormément son action. Elle semble préparer le terrain en appauvrissant les globules sanguins, et permettre ainsi l'action plus énergique et plus rapide des produits pancréatiques.

Si nous nous sommes étendus sur la cachexie particulière au syndrome de Bard et Pic, c'est qu'en déterminant le rôle de la rétention biliaire, nous avons justifié du même coup les interventions dirigées contre elle.

Certains médecins, partant de ce principe qu'un cancéreux est un homme fatalement condamné, il est

(1) Ces malades n'ont pu être suffisamment suivis: leurs cas ne sont pas compris dans la moyenne.

de ce fait inutile de lui faire subir une opération qui, pour les bienfaits incertains de quelques mois de vie, sera peut-être mortelle. Nous ne discuterons pas cette manière de voir : c'est une question de conscience et parfois de situation ; mais nous penserons que six ou dix mois de vie ne sont pas à dédaigner, eu égard aux ressources de la chirurgie actuelle ; et nous dirons que souvent le traitement symptomatique de la rétention biliaire doit être essayé dans le cancer du pancréas.

Conclusions. — Nous nous sommes posé au début de ce chapitre la question : quand faut-il intervenir dans la rétention biliaire permanente ? C'est ici le moment d'y répondre. Nous essaierons de le faire, quoique de notre examen rapide et forcément incomplet des causes de l'ictère, il soit difficile de tirer des conclusions précises au point de vue chirurgical.

Nous avons vu que le diagnostic exact du siège de l'obstacle est souvent très délicat, parfois même impossible. En effet, à part les cas de cancer du pancréas, la plupart de ceux de lithiase et de cirrhose hypertrophique, c'est l'obscurité presque absolue dans la confusion des symptômes.

Quelle sera alors la conduite d'un chirurgien devant un ictère persistant ? Devra-t-il faire une laparotomie exploratrice ?

Deux alternatives se présentent : la cause est nettement connue ou elle ne l'est pas.

La cause est connue. — a) Elle est *intra-hépatique* : elle réside dans une cirrhose, un ictère catarrhal prolongé ; l'intervention est inutile ici.

b) Elle est *extra-hépatique* : cancer du pancréas, lithiasé : une opération est indiquée.

La cause est inconnue ou seulement douteuse. — La laparotomie devra être faite, à moins que l'état général ne rappelle celui de l'ictère grave avec son abattement, sa prostration, et l'ensemble de ses symptômes nerveux.

En effet, cet état est constant dans le cas de cirrhose graisseuse et d'ictère chronique à sa période fatale, précisément où l'abstention est la règle.

Dans tous les autres cas, la laparotomie sera faite. — En admettant que les symptômes d'ictère grave manquent, et qu'on intervienne par erreur dans une cirrhose ou un ictère catarrhal prolongé, la laparotomie ne semble pas être nuisible (cas de Terrier, cité par Loiselet) et il ne paraît pas qu'elle ait une influence fâcheuse sur l'évolution de la maladie : si elle n'empêche pas la mort du sujet, elle ne la hâte probablement pas.

La laparotomie étant faite, l'obstacle extra-hépatique est reconnu. Quelle peut être la conduite du chirurgien ?

Il est impossible de poser des règles fixes, nul cas n'ayant absolument son semblable, et l'état des voies biliaires entrant pour beaucoup dans le choix de l'intervention. Toutefois on peut en principe admettre des formules générales.

Deux éventualités se présentent : l'obstacle au cours de la bile est *curable*, il peut être enlevé ; ou bien, au

contraire, il est inattaquable, *directement irrémédiable*.

I. — Les obstacles curables sont constitués par :

a) Un calcul unique dans le cholédoque, mais tel qu'il ne distend pas trop son calibre : le *cathétérisme* du conduit, la cholédocotomie sont les opérations de choix.

b) Une bride péritonéale ; qui sera simplement coupée.

c) Un bouchon muqueux : après cholécystotomie un cathétérisme le poussera dans l'intestin.

La diversité des autres cas qui peuvent se présenter comporte une égale diversité d'interventions nécessitées au moment même.

II. — L'obstacle est inattaquable, directement irrémédiable.

a) C'est un gros calcul enchaîonné dans le cholédoque, qui forme à ses extrémités deux anneaux cicatriciels qui l'enserrent ; c'est une rétraction nodulaire dans la lumière du conduit, c'est un cancer des voies biliaires ou du voisinage ; dans tous les cas, la conduite est la même : il faut ouvrir une voie de dérivation à la bile qui s'accumule. On le fera au moyen de *cholécystostomie*, ou d'une *cholédocho* ou *cholécysto-anastomose* avec le tube digestif.

En principe, la cholécystostomie sera réservée aux cas où la vésicule est friable, petite, infectée, noyée dans des formations pathologiques, ou bien lorsqu'au

cours d'une intervention, l'état du sujet exigera la terminaison rapide de celle-ci.

Mais dans tous les autres cas, c'est-à-dire quand il n'y a pas impossibilité ou urgence absolue, l'anastomose de la vésicule biliaire avec le tube digestif est le traitement de choix.

Nous allons voir, au chapitre suivant, la légitimité de ces sortes d'opération, pourquoi il faut les faire, et quelle est, à notre avis, l'anastomose qu'on doit pratiquer.

CHAPITRE II

**Traitement des Obstructions irrémédiables
du Cholédoque**

SOMMAIRE DU CHAPITRE II

Un obstacle directement irrémédiable du cholédoque étant supposé comment intervenir?

Même après la laparotomie l'imperméabilité complète et incurable du cholédoque est difficile à diagnostiquer; dans le doute on agira comme si elle était certaine: cette manière de procéder n'ayant pas d'inconvénient.

I. — *Cholécystostomie et cholécysto-entérostomie.* — La cholécystostomie a deux graves inconvénients: a) elle prive l'organisme d'un principe utile: des propriétés de la bile; b) elle crée par sa fistule persistante une réelle infirmité.

On la réservera au cas de nécessité, d'urgence, ou de consolation,

II. — *Les cholécysto-entérostomies* n'ont pas ces inconvénients, sont en général supérieures, mais n'ont pas entre elles la même valeur.

Etude critique et comparative de :

1° *La cholécystoduodénostomie*: a) avantages physiologiques et fonctionnels; b) inconvénients nés des adhérences qui emprisonnent souvent les voies biliaires, et dans le cas de cancer du voisinage, des chances d'obstruction néoplasique que l'abouchement crée.

2° *La cholécysto-entérostomie* proprement dite a) avantages: facilité d'exécution; b) inconvénients: tiraillement des sutures, chances de suture ou d'obstruction, danger d'infection et retard dans la digestion des graisses.

3° *La cholécystocôlomie* a les mêmes inconvénients poussés au maximum, contre le seul avantage d'être facilement praticable.

Conclusions. — Aucune de ces opérations ne réunit toutes les conditions désirables, la cholécystogastrotomie ne serait-elle pas meilleure?

CHAPITRE II

Un obstacle directement irrémédiable du cholédoque étant supposé, comment intervenir ? — Cholédocystostomie, cholécysto-entérostomie. — Pourquoi préférer une entérostomie biliaire et laquelle pratiquer.

Nous appellerons *obstacle directement irrémédiable* du cholédoque celui qui, par son siège, sa nature, ses rapports n'est passible en lui-même d'aucun traitement chirurgical.

Nous avons vu au chapitre précédent comment il peut être constitué et de quelle difficulté est son diagnostic sans la laparotomie ; il nous reste, avant d'en aborder le traitement, à nous demander si ce même diagnostic est toujours possible après l'ouverture de l'abdomen.

Or, il ne l'est quelquefois pas, car pour être complet il doit préciser que *l'imperméabilité du cholédoque* est non seulement certaine, mais aussi qu'elle est incurable : deux caractères difficiles à préciser.

Il est évident qu'en face d'un cancer, ces importantes

conditions sont ordinairement réalisées ; mais tous les cas n'ont pas cette netteté. L'imperméabilité du conduit peut paraître incurable au moment de l'intervention et se guérir spontanément quelque temps après ; ou bien elle peut sembler douteuse dans le même instant et s'affirmer certaine par la suite. Les causes d'erreur sont nombreuses et la palpation digitale, le cathétérisme même du cholédoque ne suffisent pas à les éviter : Terrier et Segond n'ont-ils pas signalé l'hypertrophie du ganglion de Hartmann (1) comme pouvant donner au doigt l'illusion d'un calcul, et fait remarquer qu'une valvule, des déformations vésiculo-cystiques, en imposaient parfois par la résistance qu'elles offrent souvent à la sonde exploratrice pour un obstacle imperméable ?...

Comme on le voit, du commencement à la fin, avant comme après la laparotomie, le diagnostic complet de l'obstacle directement irrémédiable du cholédoque est, dans la plupart des cas, impossible. Que faire alors dans ce doute perpétuel ? L'hésitation ne saurait être longue : on envisagera la plus sombre éventualité et *l'on interviendra, comme si l'imperméabilité était certaine et incurable.*

En effet, dans tous les cas, la conséquence immédiate de l'occlusion du cholédoque est la même, qu'elle soit passagère ou durable ; le malade est empoisonné par la bile, qu'il continue à produire et qu'il n'évacue plus ; empoisonné ensuite par insuffisance de son foie

(1) Hartmann. *Bull. Soc. Anat.*, 31 juillet 1891.

atrophie (Williet et Reclus); le traitement sera donc identique et l'ouverture d'une voie d'excrétion artificielle et ici nécessaire.

On la pratiquera toujours, car si même l'imperméabilité du cholédoque était incomplète ou spontanément curable par la suite, le conduit créé servirait de soupape de sûreté ou se fermerait de lui-même.

Traitement de l'occlusion directement irrémédiable du cholédoque

Etant donné une occlusion de cette nature, comment y remédier? On peut ouvrir simplement la vésicule et créer une fistule cutanée qui donnera libre cours à la bile : c'est la *cholécystostomie*. Mais on peut faire mieux quand la vésicule n'est point trop adhérente et que ses parois sont bonnes; on peut l'attirer, la dégager, l'utiliser comme un nouveau cholédoque et l'anastomoser en un point quelconque du tube digestif; et c'est mieux faire parce que la cholécystostomie comporte deux graves inconvénients que n'ont pas les *cholécysto-entérostomies*.

La cholécystostomie. — Ses inconvénients

1° Elle crée d'abord une infirmité permanente.

Un malade porteur d'une fistule qui jour et nuit l'incommode, n'est plus un être sociable. Si son organisme supporte assez bien l'abandon d'une

sécrétion sinon indispensable, du moins très utile, son moral finira par souffrir de la réclusion forcée où le relègue son infirmité. Voyages, exercices, distractions actives, travail non sédentaire, tout lui est à peu près interdit, et la préoccupation continuelle de changer ses pansements ne lui permet pour ainsi dire pas de sortir de chez lui. Un opéré de Krumptmann a perdu pendant huit ans 240 à 270 grammes de bile par jour ; on doit se figurer quelle pouvait être l'existence de ce malheureux.

2° Le second *inconvénient de la cholécystostomie est de priver le tube digestif d'un élément qui lui paraît utile.*

Mais la bile l'est-elle réellement ? Nous le pensons, bien que l'accord soit loin d'être fait sur ce point. Quelques physiologistes, en effet, lui reconnaissent un rôle surtout dépurateur ; son évacuation, dans ce cas est plutôt un bienfait ; mais d'autres plus nombreux parmi lesquels Dastre, Nasse, Landois, Frédéricq, Nüssbaum, Doyon, etc., lui accordent de multiples propriétés utilement actives et, dans leur opinion, l'économie doit souffrir de son absence.

Propriétés de la bile. — Pour ces derniers auteurs que nous considérons comme étant dans le vrai, la bile présente les propriétés suivantes :

a) *Elle favorise l'absorption des matières grasses* d'abord en émulsionnant les graisses neutres de concert avec le suc pancréatique (Dastre) ; puis en facilitant le passage des gouttelettes émulsionnées à travers

les parois des capillaires et des membranes animales (Wistinghausen).

b) Elle agit sur les amidons. — Jacobson, Wittich, Bufalini lui ont étudié une action diastasique.

c) Elle serait un excitant des fibres musculaires de l'intestin. — Cette propriété ressort nettement des travaux de Leyden et Schülein, et des expériences de Nasse.

d) Elle joue le rôle d'antiseptique en milieu alcalin si l'on s'en rapporte aux recherches de Charrin et aux constatations de J. Teissier et Jardou qui ont noté chez les chiens porteurs d'une fistule biliaire une augmentation de la toxicité urinaire : l'hypertoxicité cessant de se produire si la bile est administrée par l'estomac.

e) Enfin, outre qu'elle délaie les matières fécales (Landois); qu'elle semble nécessaire à l'activité vitale de l'épithélium intestinal dans son rôle absorbant (Thanhoffer et Röhmman); Physalix a trouvé récemment qu'elle annule en partie (par sa cholestérine) la puissance des venins.

Toutes ces propriétés ont été reconnues à la suite d'expériences nombreuses faites sur des animaux, surtout des chiens, auxquels on avait lié le cholédoque et ouvert une fistule cutanée. Aux premières épreuves on a cru la bile indispensable: les chiens opérés par Schwann périrent en deux jours, de péritonite probablement.

Mais Blondlot et d'autres expérimentateurs après lui, furent plus heureux et parvinrent à conserver

pendant longtemps des animaux fistulisés. « Ils étaient devenus excessivement voraces, mangeaient trois fois plus qu'auparavant et néanmoins avaient beaucoup de peine à se maintenir au même poids.

« Leurs digestions étaient pénibles, paresseuses; leurs déjections rares, blanches et dures, répandaient une odeur particulièrement fétide. » En outre ils présentaient un état miséreux dû à la chute de leurs poils qui ne tombaient pas chez ceux qui léchaient leur fistule. (Nüssbaum). Cette action particulière de la bile serait due à la grande quantité de soufre qu'elle contient.

Chacun de ces phénomènes est attribuable à chacune des différentes propriétés de la bile.

Pour être plus discrets chez l'homme, ces troubles physiologiques n'en existent pas moins.

L'absorption des graisses devient impossible; il est donc nécessaire de les proscrire chez ces malades.

Les digestions sont pénibles; la putréfaction des matières fécales dans le gros intestin est pour eux une source de toxines, qui, absorbées par la muqueuse, empoisonnent à la longue le sujet.

L'état général est; quoiqu'en disent les partisans exclusifs de la cholécystostomie, languissant et finit toujours par devenir mauvais : aussi cette intervention ne sera-t-elle point faite dans les circonstances où une entérostomie biliaire peut être pratiquée. On la limitera aux cas de *nécessité*, *d'urgence* ou de *consolation*. De *nécessité* quand la vésicule est infectée, pleine de calculs, rétractée, ou noyée dans d'épaisses

adhérences. *D'urgence* : quand l'état du sujet est tel qu'une opération très rapidement palliative s'impose immédiatement. Enfin de *consolation* chez un cancéreux *in-extremis* qui met tout son espoir et sa confiance dans une intervention qu'il croit devoir le sauver. Mais dans les cas d'obstruction complète et irrémédiable du cholédoque les opérations suivantes lui sont préférables.

Les cholécysto-entérostomies. — Elles n'ont pas tout d'abord les deux graves inconvénients que nous venons de relever à l'actif de la cholécystostomie.

Leur principal résultat est de rendre immédiatement la bile au courant intestinal : il n'y a pas de fistule, pas d'infirmités, moins de troubles digestifs (ceux-ci dépendent du point d'abouchement) : ce sont en principe des moyens thérapeutiques parfaits. Outre ces avantages communs à toutes les entérostomies biliaires il en est d'autres particuliers aux divers points où se fait l'abouchement cholécystique et aux procédés opératoires employés. Nous n'insisterons pas sur la valeur générale de ces opérations : cette supériorité devant se constituer d'elle-même par la réunion des avantages respectifs de chacune des anastomoses que nous allons successivement étudier.

Bien avant que les chirurgiens se préoccupassent d'unir la vésicule au tube digestif, des trouvailles d'autopsie avaient fait voir que la nature réalisait

quelquefois cette union. « L'abouchement peut se faire d'une façon spontanée en un point voisin de l'intestin (page 64 fig. 3, et fig. 4 page 138,) dans certains cas pathologiques, en particulier dans les cas de gros calculs anciens de la vésicule biliaire accompagnés d'un état infectueux local réduit à sa simple expression mais capable de déterminer d'abord l'apparition d'adhérences cholécysto-intestinales par ulcération de la muqueuse de la vésicule, puis la formation d'une fistule susceptible de donner passage au calcul qui avance ensuite peu à peu dans le tube digestif jusqu'au jour où il est éliminé (1). »

Depuis la première cholécysto-anastomose faite par von Winiwarter en 1880 ces opérations deviennent de plus en plus fréquentes; et si en 1893 on en comptait à peine 35 cas, aujourd'hui, huit ans après, il serait long et difficile d'énumérer ceux publiés. Les résultats en sont si brillants et les progrès de la chirurgie en ont tellement simplifié le mode opératoire qu'elles sont devenues de pratique courante.

Mais si le principe des entérostomies biliaires est le même et leur but commun : faire rentrer la bile dans l'intestin, le point d'abouchement et les procédés d'union diffèrent, suivant les chirurgiens; et quand le duodénum a paru à celui-ci le lieu d'élection pour l'anastomose de la vésicule, le côlon, l'intestin grêle et l'estomac ont semblé préférables à d'autres. On a donc créé : la *cholécystoduodénostomie*, la cholécysto-

(1) Pantaloni. (*Chirurgie du foie et des voies biliaires*), 1899. Institut bibliographique.

jéjunostomie, la *chlolécysto-entérostomie proprement dite*, enfin la *cholécystogastrostomie*, objet de ce travail.

Ces diverses opérations sont loin d'avoir la même valeur, et cette étude ayant pour but de faire ressortir les avantages de l'une au détriment des autres, il est nécessaire que nous les comparions entre elles. Leurs indications nous étant connues par le chapitre précédent, nous passerons rapidement sur leur histoire, afin de nous étendre sur leurs avantages et leurs inconvénients. Il serait peut-être bon de décrire à chacune d'elles les procédés opératoires qui lui sont propres, mais comme tout l'intérêt de l'opération est dans l'anastomose et que ce temps est à peu près semblable, quel que soit le point du tube digestif mis au contact de la vésicule, il nous paraît plus simple de décrire, une fois pour toutes, les moyens utilisés pour établir l'affrontement et la communication.

Procédés d'union communs à toutes les entérostomies biliaires. — Ils comportent deux méthodes : la *méthode des sutures* et celle des *appareils d'approximation*.

Dans la première, la communication des deux conduits est établie par une suture bord à bord des lèvres des boutonnières pratiquées dans l'intestin et la vésicule; dans la seconde méthode, cette communication est assurée par un appareil creux, ayant le plus souvent la forme d'un tube renflé à ses deux extrémités, et qui plonge par moitié dans chacun des conduits.

Anastomoses par suture. — Nous ne décrirons que

les procédés de Colzi (modifié par Delagenière) et de Terrier, renvoyant pour les autres le lecteur à l'ouvrage de Pantaloni. « *Chirurgie du Foie* ».

Procédé de Colzi, modifié par Delagenière. — « La paroi abdominale étant incisée, la cavité péritonéale protégée et les organes à opérer bien à portée, commencer l'union de la vésicule et de l'intestin, en circonscrivant la région qui va être fistulisée dans une demi-circonférence postérieure de points de Lembert, ne comprenant que les tuniques séreuses et musculaires; établir la fistule au bistouri, coudre ensemble les lèvres antérieures et postérieures des deux boutonnières cystique et duodénale, terminer enfin la couronne de sutures qui doit cerner la fistule, en plaçant au-devant de celle-ci une demi-circonférence de points de Lembert. » (1) (Segond.)

Le procédé de Terrier (2) est « un procédé à un seul rang de sutures, dans lequel la béance de la fistule est confiée, non point à une suture isolée comme dans le procédé de Colzi, mais à un drain qui est laissé dans la fistule, jusqu'à ce qu'il soit éliminé dans les selles. Quant aux sutures, elles sont assez particulières. L'espace rectangulaire correspondant à l'accrolement des parois cystico-intestinales est fermé sur chacun de ses deux grands côtés par une rangée de quatre points de Lembert et l'occlusion de ses deux petits côtés se

(1) Dans le procédé primitif de Colzi, la rangée de sutures séreuses postérieures n'était faite qu'après les deux incisions.

(2) Terrier. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, 1890, p. 293.

fait par froncement, à l'aide d'un fil placé en cordon de bourse : « On place d'abord le fil en bourse le plus profond et les deux rangées parallèles. L'espace rectangulaire, fermé sur trois côtés, n'est donc plus accessible que par son extrémité antérieure. C'est à la faveur de cette issue qu'on fait, avec un bistouri, une boutonnière aux deux organes et qu'on place un drain long de 4 à 5 centimètres et large de 4 à 5 millimètres. Puis, l'espace par lequel on vient d'opérer est aussitôt fermé par un fil plongeant à quelques millimètres de distance, deux fois dans l'épaisseur des parois intestinales et deux fois dans les parois de la vésicule. Ce procédé est plus brillant; mais il est probable que la double suture de Colzi garantit beaucoup mieux la permanence de la fistule; aussi bien doit-il être, de l'avis même de Delagenière, considéré comme le procédé de choix. L'anastomose une fois établie, les organes sont remis en place et l'opération se termine par la suture de la paroi avec drain debout, au-devant de la suture. »

Anastomes à l'aide des appareils d'approximation.

— Le manuel opératoire diffère, suivant qu'on emploie les *bones-plates*, les *tubes résorbables*, les *plaquettes*, la *bobine de Robson*, le *bouton de Murphy*, celui de *Villard*, de *Lainé*, de *Boari*, etc.

Nous ne décrivons que l'anastomose au moyen du bouton de Murphy, qui est aujourd'hui le plus employé, et nous emprunterons cette description à Pantaloni.

« La vésicule étant amenée hors de l'abdomen, de même que l'anse intestinale, on peut, à l'exemple de

Murphy et de Lainé, placer un compresseur intestinal pour prévenir l'échappement des gazs et des matières, lorsque l'incision du duodénum sera faite.

« On prend alors une petite aiguille, enfilée d'un fil de soie assez long, et on l'introduit dans la paroi de l'intestin, en un point directement opposé au mésentère. On s'en sert pour effectuer un surjet en bourse, qui est destiné à entourer l'incision intestinale. On en fait autant sur la face correspondante de la vésicule biliaire. Alors seulement on incise l'intestin sur une étendue suffisante pour l'introduction du bouton, et on opère de même sur la vésicule biliaire. L'incision doit avoir, comme dimension, les deux tiers du diamètre du bouton choisi. On saisit alors, avec une pince, la *pièce mâle* du bouton, et on l'introduit dans la vésicule biliaire; on serre le surjet placé sur la paroi sans désarticuler la pince, on fait un nœud solide au fil, qu'on coupe ras, après avoir placé les lèvres de la plaie vésiculaire dans la capsule du bouton.

« On saisit la *pièce femelle* d'une façon analogue avec une pince, et on la place dans l'intestin. On l'y fixe de la même manière. On enlève alors les pinces à forcipressure et on maintient les boutons avec les deux mains. On enfonce ensuite la pièce mâle dans la pièce femelle, bien franchement, de façon à amener les surfaces séreuses en contact parfait et à rapprocher les deux pièces. »

Tels sont les trois principaux procédés de la cholécysto-entérostomie. Nous mentionnerons uniquement pour mémoire ceux de Souligoux et Tillaux qui, sup-

primant le bistouri, amènent par écrasement la communication vésiculo-intestinale en mortifiant la cloison circonscrite dans les sutures ; et nous ne nous arrêtons pas également sur ceux du même genre où la mortification est produite par un morceau de potasse ou de substance caustique quelconque. Ces divers procédés sont tous à deux temps.

Maintenant que nous sont connus les moyens d'unir la vésicule biliaire au tube digestif nous devons examiner quels sont les points où l'on a fait cette union, pourquoi on l'a faite là et quels en ont été les résultats pour chaque cas. En un mot, nous allons étudier la raison d'être et la valeur de la *cholécystoduodénostomie-entérostomie-côlostomie*.

§ I. — La cholécystoduodénostomie

C'est la mieux étudiée, la plus pratiquée a priori la plus physiologique des entérostomies biliaires.

Vinivarter avait depuis un an terminé sa pénible anastomose vésiculo-intestinale qui fit tant de bruit, quand Georges Harley (1) se basant sur des succès opératoires obtenus chez les animaux, proposa d'établir une fistule entre la vésicule biliaire et le duodénum en interposant entre ces deux organes de la potasse caustique et en les réduisant ensuite dans l'abdomen.

(1) Georges Harley. *Diseases of the liver*, London, 1883, p. 1110.

En 1884, Gaston, d'Atlanta, en Géorgie(1) publiait un important travail dans lequel il étudiait l'obstruction du canal cholédoque. Dans le cas d'obstacle irrémédiable : « on soulèvera la vésicule, en passant un fil dans les lèvres de son ouverture, on accrochera avec le doigt le duodénum au-dessous du cholédoque, on rapprochera les deux organes et l'on passera à travers leurs parois ainsi adossées un fil élastique qui se chargera de les sectionner (2). »

En 1886, François Colzi, de Florence, fait paraître les résultats d'expériences faites par lui sur des chiens; il établit la valeur des cholécysto-entérostomies, il conseille de s'adresser de préférence au duodénum et décrit son procédé opératoire que nous venons de rapporter.

Mais la première duodénostomie biliaire faite sur l'homme fut menée à bien par Bardenheuer en 1887; viennent ensuite la publication de Mayo-Robson et l'observation de Terrier; depuis on se perd dans l'évaluation chronologique des cas connus qui peuvent atteindre aujourd'hui la centaine.

Cette opération jouit, en effet, à l'heure actuelle d'une grande vogue, et la pratique journalière en a si bien perfectionné la technique opératoire qu'on l'exécute maintenant sans hésitation.

(1) J.-M. Gaston. *Gaillard's medical journal*, mars 1880.

(2) Paturet. Thèse de Paris, 1892.

Avantages de l'opération

Cette préférence marquée en faveur de l'entérostomie duodénale tient à plusieurs causes ; aux *résultats excellents* qu'elle fournit d'abord, à la *situation anatomique* des conduits rapprochés ensuite, enfin à la *légitimité physiologique* du point où se fait l'aboutement.

Les résultats, disons-nous, sont remarquables. En effet, en quelques jours, un malade jauni, cachectisé par sa rétention biliaire reprend ses couleurs et ses forces sous l'action dépurative de sa fistule cholécysto-intestinale. Il n'y a pas ordinairement de troubles digestifs, et si dans une observation que nous a fort aimablement communiquée M. Monod, on note des vomissements, on relève en même temps chez la malade au point l'usage immodéré et journalier du chloral.

L'anastomose de la vésicule et du duodénum est donc au point de vue fonctionnel une excellente opération.

Il y a encore, avons-nous dit, une *raison anatomique* au succès de cette intervention. En effet, les rapports normaux de la vésicule biliaire sont tels que sa face inférieure est en contact direct avec la première portion, c'est-à-dire la portion mobile du duodénum. Il n'y a qu'à réunir les surfaces rapprochées, c'est facile, semble-t-il ; la nature offrant pour ainsi dire l'opération.

Mais il est une autre raison plus sérieuse, d'ordre physiologique celle-là et qui justifierait presque à elle seule le choix du duodénum.

Nous avons vu rapidement tout à l'heure de quelle

utilité était la présence de la bile dans l'intestin et le rôle important qu'elle y jouait, nous devons insister maintenant sur le renforcement d'action qu'elle donne au suc pancréatique et que nous n'avons fait qu'indiquer.

Cette propriété ressort des belles expériences faites par Dastres en 1887. Elles tendaient à cette conclusion tout à fait nouvelle que *la digestion des graisses dans l'intestin se ferait par l'action combinée de la bile et du suc pancréatique* et non par l'action individuelle de l'un des deux isolés ou réunis.

Dastres résèque chez le chien le canal cholédoque et pratique une fistule cholécysto-intestinale de manière à ce que la bile soit déversée dans l'intestin grêle vers le milieu de sa longueur. Chez les animaux opérés de cette façon, les chylifères ne se montrent lactescents après un repas riche en graisse, qu'au-dessous du point d'abouchement des nouvelles voies biliaires. Le suc pancréatique ne suffit donc pas seul à la digestion des graisses. Mais il a la part la plus importante, affirme Cl. Bernard, et il n'en donne pour preuve que la physiologie même du lapin. Chez cet animal, en effet, le canal de Wirsung et le cholédoque ne s'abouchent pas au même point dans l'intestin, et si la bile s'y jette en plein duodénum, le suc pancréatique n'y arrive que 20 centimètres plus loin. Or, les chylifères, nés de cet espace, ne présentent pas de lactescence : la bile ne suffit donc pas seule à la digestion des graisses.

Pour l'accomplir *il faut la réunion des deux sécrétions*, et l'intervention chirurgicale qui assurera le plus tôt possible au long du tube digestif cet indispensable mélange sera parfaite et digne de toutes les faveurs.

La *choléc stoduodénostomie* est précisément dans ce cas : elle reproduit à peu près les conditions primitives et réunit à leur source les deux liquides nécessaires ; c'est là ce que nous avons appelé son *avantage physiologique*.

Comme on le voit, c'est une opération qui paraît *a priori* facile, rationnelle et que d'excellents résultats sanctionnent tous les jours ; il semble donc étrange qu'on ait pu songer à chercher d'autres points d'anastomose.

Inconvénients

C'est qu'en réalité cette intervention n'est pas aussi simple qu'on le croirait ; et si les rapports normaux des conduits en présence la font paraître facile, les modifications pathologiques apportées dans les organes par la maladie la rendent souvent impossible. En effet, dans l'obstruction du cholédoque qui est précisément la cause exclusive de l'opération, la vésicule est quelquefois si dilatée qu'il est impossible d'attirer le *duodénum* profondément retenu.

Dans un cas de *Kappeler* « il ne pouvait être question de créer une fistule avec le duodénum à cause de sa situation profonde par suite de l'augmentation de la vésicule et du volume du foie ».

Dans un autre de *Robson* « les viscères furent trouvés tellement fusionnés ensemble dans le voisinage de l'ouverture qu'il parût impossible de fixer la vésicule au duodénum ».

Reclus se vit aux prises avec la même difficulté, *Terrier* également, et *Richelot* eut un jour une peine considérable à rompre les adhérences respectives des

deux conduits ; son malade d'ailleurs hémophile du fait de son ictère mourut le lendemain d'hémorrhagie.

Nous pourrions multiplier les citations, mais ces faits suffisent à établir que souvent l'anastomose vésiculo-duodénale, qui paraît anatomiquement facile est en réalité chirurgicalement pénible ; et le malheureux cas de Richelot prouve trop bien qu'on ne doit pas pour faire cette union, tirailler deux conduits qui pourraient se séparer ensuite, et trancher des adhérences que l'ictère rend dangereusement saignantes.

C'est donc là un inconvénient sérieux de la *cholécystoduodénostomie* d'exposer le plus souvent pour sa réalisation le malade à des hémorrhagies graves, ou ce qui est pire à des épanchements biliaires ou stercoraux quand l'anastomose tiraillée vient à se rompre.

Mais il en est un autre que nous n'avons trouvé signalé nulle part et qui nous semble digne de considération ; c'est que si la duodénostomie avait été faite pour un cancer du pancréas, de l'ampoule de Vater ou d'un organe très voisin, l'envahissement prochain de l'orifice créé diminuera une survie que la perméabilité intestinale aurait peut-être permise encore plusieurs mois.

Comme conclusion nous dirons que l'anastomose de la vésicule biliaire et du duodénum est *une excellente opération à condition qu'elle puisse être pratiquée facilement et non pour un cancer voisin*, mais dans tout autre cas et quand la moindre difficulté s'élève contre son exécution, il est dangereux de vouloir la vaincre (cas de Richelot) et il vaut mieux s'adresser à un autre point du tube digestif.

§ II. — La Cholécysto-entérostomie proprement dite

Nous comprenons sous ce titre toutes les anastomoses faites avec le jéjunum et l'intestin grêle quel que soit le point choisi.

Le premier abouchement qui fut fait de la vésicule biliaire à l'intestin le fut dans l'intestin grêle par Von Viniwarter, en 1880. Le résultat cherché ne fut obtenu qu'au prix de six interventions successives et il fallut deux ans pour assurer la guérison du malade.

Monastyrki et Kappeler se disputent ensuite l'honneur d'avoir exécuté la première cholécysto-entérostomie parfaite. « Mais bien qu'on ait en Allemagne l'habitude de décorer cette opération du nom « *d'opération de Kappeler* » c'est en réalité à un médecin russe, le docteur Monastyrki, que revient le droit de priorité, sinon de publication, du moins d'opération. Car, si Kappeler (1) publie son observation en septembre 1887, tandis que celle de Monastyrki (2) ne paraît qu'en 1888; l'opération du premier n'a été faite qu'en juin 1887 tandis que celle du second date du mois de mai de la même année (3). »

Depuis cette époque les cas, sans être très nombreux, sont relativement fréquents. Pantaloni en cite

(1) O. Kappeler *Corresp. Blatt für Schst Acc.*, 1^{er} sept. 1887.

(2) Monastyrki. *Chirurg. Westnik*, 1888.

(3) Paturet, *loc. cit.*

16 jusqu'en 1894, soit 4 jéjunostomies et 12 iléostomies. Il est probable qu'à l'heure actuelle ils ont au moins quadruplé, bien que la proportion, vis-à-vis les duodénostomies, paraisse sensiblement diminuer.

Voyons maintenant les avantages de la cholécysto-entérostomie.

Avantages. — Nous n'en voyons qu'un : c'est la *facilité* avec laquelle cette opération peut être faite.

Il est toujours possible de trouver dans un ventre une anse intestinale qui soit assez maniable et assez rapprochée de la vésicule pour qu'on puisse, sans effort, l'y anastomoser : c'est du reste la raison constante que l'on trouve dans la plupart des observations publiées.

C'est bien là, évidemment, un avantage considérable sur le duodénum, qui lui, au contraire, est le plus ordinairement fixé, mais cet avantage disparaît en face des inconvénients nombreux et sérieux qu'entraîne avec elle l'opération.

INCONVÉNIENTS. — *a) Anatomiques.* — Tout d'abord cette mobilité de l'intestin crée un double danger. Ses mouvements continuels tirent et taquent constamment les sutures, ils les fatiguent et favorisent ainsi, si ce n'est leur désunion, tout au moins leur relâchement et leur infection.

En second lieu, il peut se produire dans la suite, comme cela se voit parfois dans les entéro-anastomoses, une coudure de l'intestin capable de déterminer une obstruction. L'anse suspendue à la vésicule se ploie à angle droit, sa paroi inférieure forme un éperon ren-

trant qui peut jusqu'à un certain point amener l'occlusion biliaire ou intestinale. Et ce danger n'est pas une simple hypothèse quelques observations sont très démonstratives sur ce point.

b) Inconvénient né de la septicité du milieu. — Outre les dangers inhérents à la mobilité continue de l'intestin, il en est un autre qui résulte de la nature du milieu où vient s'ouvrir la vésicule.

« L'intestin est un laboratoire de poisons », a pu dire Bouchard au Congrès de Chirurgie de 1899: « *La septicité croissante du milieu digestif du pylore à l'anus est incontestable. La différence entre le milieu duodénal, surtout dans la première portion du duodénum, n'est pas bien appréciable, mais la fistule cholécysto-intestinale et surtout l'anastomose cholécysto-côlique exposent les malades à des accidents d'infection beaucoup moins à redouter sur l'estomac et le duodénum.* »

Il s'ensuit donc que l'intestin grêle est un milieu dangereux à faire communiquer avec la vésicule et qu'une angiocholite peut être le résultat néfaste de cette anastomose.

c) Inconvénient physiologique. — Le troisième grief que l'on peut opposer à cette opération est un *grief physiologique* que l'on prévoit.

La bile est nécessaire dans le duodénum puisque c'est là que commence la digestion pancréatique qui sans elle n'agit pas sur les graisses. (Voir page 58.) Or plus on reculera au-dessous de ce point l'abouchement biliaire, plus le suc pancréatique aura de chances de s'épuiser en cours de route et moins les graisses seront

digérées dans la suite : la bile arrivant trop tard pour faire avec lui cette digestion.

En résumé l'anastomose de la vésicule avec le jéjunum ou l'iléon est une *mauvaise opération*. Elle est facile, c'est vrai, mais elle soumet la suture à des tiraillements qui peuvent la compromettre ; elle expose l'intestin à des coudures capables de l'obstruer ; elle place le milieu hépatique en danger d'infection ; enfin, par le rejet tardif de la bile dans le courant intestinal, elle diminue la digestion des graisses.

§ III. — La Cholécystocôlostomie

Cette anastomose s'est faite quelquefois spontanément : Doyen en a publié un cas que nous reprodui-

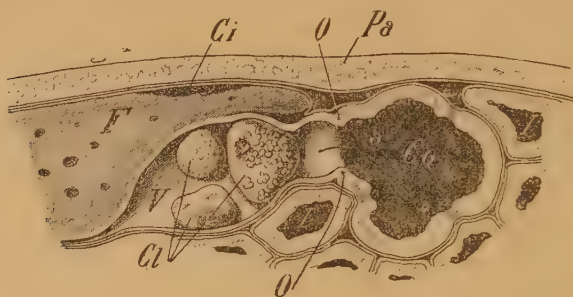


FIG. 3

Schéma d'un cas de cholécystocôlostomie spontanée
(DOYEN) *in* PANTALONI.

LÉGENDE. = F, foie ; Pa, paroi abdominale ; Ci, cicatrice de la face inférieure du foie ; V, vésicule biliaire ; Cl, calculs de la vésicule ; Co, côlon transverse ; O, fistule cholécysto-côlique ; a, orifice de communication (flèche) et loge inférieure de la vésicule ; I, intestin grêle.

sons ; mais la première opération doit être attribuée à Mayo Robson.

Depuis elle n'a guère été pratiquée qu'une dizaine de fois et presque toujours parce qu'une autre entérostomie était impossible.

Avantages. — Le seul avantage qu'elle ait est celui que nous avons déjà relevé au duodénum : *l'intimité de rapports avec la vésicule*, mais c'est bien peu auprès des inconvénients et des dangers qu'elle comporte.

Inconvénients. — Ils sont, en effet, les mêmes que ceux de la jéjuno-ou l'iléo-stomie avec cette différence que les chances d'angiocholite et la non-digestion des graisses sont ici poussées à leur maximum.

Cependant il s'est trouvé un chirurgien qui a voulu faire de la cholécystocôlostomie l'opération de choix dans l'occlusion complète du cholédoque. Villiet (1) prétend, en effet, que le côlon doit être choisi parce qu'il est en rapport normal avec la vésicule et qu'il est plus mobilisable que le duodénum. Quant à la raison physiologique du rôle de la bile dans la digestion « elle n'a aucune valeur, dit-il, parce qu'il y a toujours à la suite des obstructions anciennes une atrophie des cellules hépatiques et par suite une altération marquée de la sécrétion du foie ». Mais n'opère-t-on que dans les obstructions anciennes ? Cette atrophie ne serait-elle pas au contraire une indication de vite intervenir ? et au lieu de la faire servir à la défense d'une opération ne vaudrait-il pas mieux pratiquer une opération pour se défendre d'elle ?

D'autre part, elle est loin d'être fatale et lorsqu'on

(1) Villiet, *Brit. méd. Journ.*, II, 1886, p. 900.

agit il est difficile de dire exactement jusqu'à quel point la cellule hépatique est altérée.

La proposition de Williet n'a pas trouvé beaucoup d'adhérents, et Delagenière (1) a pu, sans être discuté, lui faire brillamment son procès. Nous extrayons le passage suivant de son travail, c'est en somme notre propre jugement et nous n'aurions pu mieux l'exprimer :

« Je ne saurais souscrire à une pareille argumentation, si les lésions se rencontrent dans certains cas d'obstruction ancienne, il n'en est pas moins vrai qu'elles n'existent pas dans les occlusions de date récente, dans les cas de calculs biliaires, lorsque la lithiase n'est pas très ancienne, etc. D'autre part, rien ne prouve que la lésion cellulaire est irrémédiable et que la sécrétion normale de la bile ne pourra être rétablie lorsque le cours de ce liquide sera assuré vers l'intestin. Le succès obtenu par M. Mayo Robson n'est pas une preuve suffisante, ainsi que le fait remarquer G. Harley, la coloration des fèces chez cette malade ne prouve pas que les fonctions normales de la bile étaient accomplies. En outre, ce fait qu'elle ne maigrissait pas n'est pas une preuve que la bile agissait comme à l'état normal. Ne sait-on pas, en effet, que pour empêcher de maigrir un chien atteint de fistule biliaire, il suffit d'augmenter la quantité de sa nourriture ?

« Il est une objection d'un autre ordre d'idées, qu'on pourrait faire à l'établissement de la fistule au colon.

(1) Delagenière, Thèse Paris, 1900.

Ne pourrait-on pas craindre, en effet, l'infection de la cavité de la vésicule par les microbes contenus dans cette portion d'intestin. A ce sujet nous rappellerons l'opinion de M. Bouchard :

« On sait, dit-il, que depuis les travaux de Chauveau et Watron Cheyne que les microbes sont d'autant plus nuisibles qu'ils sont plus nombreux. C'est ainsi qu'un petit nombre de bacilles de la septicémie de souris ne donne rien au cobaye. Une quantité modérée de ces bacilles ne donne à ce même animal qu'un abcès local. Une plus grande quantité amène rapidement la mort sans qu'aucune lésion locale ait eu le temps de s'effectuer. On pourrait varier les exemples en citant la plupart des microbes connus.

« On peut donc conclure de ce qui précède qu'un milieu quelconque peut d'autant mieux devenir le point de départ d'une infection soit locale, soit générale, qu'il sera plus riche en microbes.

« Or, continue M. Bouchard, le tube digestif est la partie du corps où l'on trouve le plus de microbes. Quelques espèces ne sont que de passage dans l'intestin, d'autres espèces nombreuses l'habitent d'une façon continue. Les microbes sont *en petite quantité dans l'estomac* ; il y en a beaucoup plus dans l'intestin grêle, *mais c'est dans le gros intestin qu'il en existe une quantité énorme* ; on peut les évaluer parfois *au tiers de la masse totale du contenu* de cet intestin. »

« Aboucher la vésicule dans le gros intestin n'est-ce pas s'exposer à l'infection de la ligne de réunion des deux boutonnières, ce qui pourrait avoir pour résultat la formation d'un abcès intra-péritonéal. En outre, les

microbes de l'intestin ne pourraient-ils pas envahir la vésicule, et consécutivement le foie par l'intermédiaire des canalicules biliaires ou par les réseaux lymphatiques ?

« Le malade de Winiwarter est à notre sens la démonstration vivante de ce fait. On tente chez lui l'établissement d'une fistule biliaire dans le côlon ; la région s'infecte par les microbes du contenu de l'intestin et consécutivement toutes les interventions tentées sur ce malade et dans cette région infectée s'accompagnent d'accidents septiques ? »

M. Delagenière pourrait rappeler à l'appui de sa thèse cette expérience de Colzi, lequel avait pratiqué chez un chien une fistule entre la vésicule et le côlon. L'animal mourut d'abcès et de péritonite, accidents que Colzi attribua à la pénétration dans les voies biliaires de matières fécales ayant subi un plus grand degré de putréfaction.

Nous n'ajouterons rien de plus à ce jugement porté sur la côlostomie : c'est en somme sa condamnation pure et simple, et maintenant que nous sont connues les trois grandes entérostomies biliaires, il nous reste à nous demander quelle est la meilleure, et laquelle il est préférable de pratiquer dans le cas d'une occlusion irrémédiable du cholédoque.

La cholecysto-duodénostomie réunit le maximum de suffrages. C'est une opération, avons-nous dit, *physiologique*, dont les *résultats* sont *excellents* : elle sera faite chaque fois qu'elle sera *facilement possible* ; c'est-à-dire lorsque la vésicule et le foie ne s'écarteront pas trop de leur volume normal et sous la réserve que le

duodénum ne sera pas profondément fixé. Mais elle sera proscrite dans tous les cas contraires et de plus quand l'obstruction du cholédoque sera due à un cancer de ce conduit, de la tête du pancréas, de la vésicule ou de l'ampoule de Vater. Dans ces cas, en effet, en pratiquant une ouverture dans le voisinage immédiat d'une tumeur, on risque de voir rapidement cette ouverture fermée par des productions néoplasiques, et de perdre ainsi une partie de la survie qu'une autre anastomose aurait pu procurer. En second lieu toute irritation dans le voisinage d'un cancer est dangereuse pour son évolution ; or, comme en opérant dans ces cas, on ne cherche qu'à repousser le terme fatal, il est nécessaire de tout ménager pour le reculer aussi loin que possible.

Il faut donc s'éloigner de la tumeur, la laisser tranquillement évoluer au repos, et même, idée qui peut paraître très audacieuse mais que notre observation de Duchamp nous autorise à émettre ; pour rendre ce repos plus complet, on pourrait peut-être faire en même temps que l'entérostomie biliaire une anastomose gastro-intestinale pour détourner le cours des matières qui sont toujours une cause d'irritation. Ces interventions vu, leur rapidité par le procédé Jaboulay, n'ont pas la gravité qu'on leur suppose.

Conclusions. — En somme pas de cholécystoduodénostomie quand il y a obstruction cancéreuse, hypertrophies gênantes ou adhérences même légères. Quelle opération tenter alors dans ces cas qui sont précisément les plus fréquents ?

La *cholécystoentérostomie*, qu'on s'adresse au jéju-

num ou à l'intestin grêle, est *mauvaise*. Outre les chances d'occlusion nouvelle, de coudure dangereuse ou d'infection probable, elle ne permet pas à la bile de renforcer dès le début, et quand il le faudrait, l'action du suc pancréatique. Si l'on ne disposait pas d'une autre opération assurément très supérieure, il faudrait pratiquer cette anastomose, mais nous allons voir qu'on peut lui en substituer une autre bien préférable.

Quant à la *cholécystocolostomie* nous n'en parlerons pas ; après ce qu'en ont dit Bouchard, Delagènière et beaucoup d'autres non moins autorisés, et devant le discrédit dont elle jouit à peu près partout, il semble naturel de la repousser purement et simplement.

Mais alors par quelle intervention remplacer la cholécysto-duodénostomie précédemment trouvée impossible ou contre-indiquée ?

Nous allons étudier une opération nouvelle peu pratiquée encore parce que peu connue et qui réunit toutes les conditions d'une opération parfaite.

La cholécystogastrostomie anastomose de la vésicule biliaire et de l'estomac est une opération le plus *souvent possible*, quelquefois extrêmement *facile* ; toujours *dépourvue* de tous les dangers de *coudure*, d'*infection* précédemment relevés et ne déterminant *jamais* les *troubles physiologiques* qu'on lui a pendant longtemps attribués.

Nous en avons réuni quatorze observations très complètes et très probantes. Leur étude va nous permettre de déterminer la valeur exacte de cette opération et d'énoncer sur elle des conclusions nettes et sérieuses.

CHAPITRE III

LA CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE

SOMMAIRE DU CHAPITRE III

LA CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE

Définition, historique.

Etude critique. — C'est une opération rationnelle dont la valeur est établie par des faits expérimentaux, des faits cliniques et pathologiques. Elle n'a pas les inconvénients des opérations précédemment étudiées; elle en a tous les avantages. On lui a fait surtout une grave objection : arrêter la digestion et provoquer des vomissements graves : c'est une erreur que relèvent les expériences de Dastre, Cannac et Masse, et nos observations.

Conclusions. — C'est une excellente opération qui devra toujours être faite quand la duodénostomie sera difficile ou contre-indiquée. Mais pour être excellente, il faut qu'elle soit rapide et c'est pour cette raison que nous proposons le procédé opératoire de M. Jaboulay.

CHAPITRE III

LA CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE

La **cholécystogastrostomie** est l'anastomose de la vésicule biliaire et de l'estomac ; on l'a encore appelée *gastrostomie biliaire* ; *anastomose cholécysto-gastrique*, *gastrobiliaire*, etc., termes qui, à notre avis, n'ont pas la netteté et la parfaite compréhension du premier, généralement adopté aujourd'hui.

• *Historique.* — Le 21 septembre 1892, deux chirurgiens viennois : Wickoff et Angelberger, au cours d'une intervention ayant pour but une entérostomie biliaire, se trouvèrent aux prises avec des difficultés telles que l'abouchement vésiculaire fut impossible, aux points d'élection ordinaires du tube digestif.

« Des adhérences comprenaient dans leur épaisseur le canal cholédoque. Le côlon transverse était à moitié fixé par des brides fibreuses. Les anses intestinales étaient très adhérentes les unes aux autres. Le cathétérisme des voies biliaires ne réussit pas : une anastomose avec le tube digestif fut décidée. »

Elle fut immédiatement faite et donna des résultats parfaits qui eurent alors un grand retentissement. Toutefois, durant les trois années suivantes, aucun cas nouveau ne vint s'ajouter à celui des chirurgiens viennois, et c'est seulement le 19 décembre 1895 que Terrier pratiqua la seconde cholécystogastrostomie. Les conditions anatomiques étaient les mêmes : des adhérences solides unissaient et fixaient les intestins ; il choisit aussi l'estomac comme point d'abouchement, et les résultats furent aussi satisfaisants.

Depuis cette époque, les Français semblent avoir pris le monopole de cette opération comme on peut le voir par le tableau suivant :

OBSERVATIONS DE CHOLÉCYSTOGASTROSTOMIE

Tableau n° 1.

N°	CHIRURGIENS	AFFECTION	PROCÉDÉ d'anastomose	DATE de l'opération	Survie
I	Wichoff et Angelberger	Lithiasé bilairé	suturés	2 sept. 93	4 mois
II	Terrier	Cancer du pancréas	id.	19 déc. 95	10 mois
III	C. Monod	id.	Bouton de Murphy	1 ^{er} juil. 96	mort
IV	Lejars	id.	suture	20 oct. 96	mort
V	Quenu	id.	id.	14 janv. 97	3 mois
VI	Giordano	Sclérose du pancréas	id.	6 mai 97	mort
VII	Jaboulay	Cancer du pancréas	id.	27 oct. 98	14 mois
VIII	Duchamp	id.	id.	5 avr. 99	13 mois
IX	Picqué	Lithiasé	?	28 juil. 99	1 ^{er} mois (1)
X	Jaboulay	Cancer du pancréas	sutures	18 déc. 99	4 mois
XI	Lejars	id.	id.	4 fév. 00	mort
XII	Jaboulay	id.	Bouton de Jaboulay	30 août 00	4 mois
XIII	Krumm	id.	suture	24 oct. 00	7 semaines
XIV	Jaboulay	id.	Bouton de Jaboulay	5 déc. 00	mort

(1) La communication cholécysto-gastrique se ferma et Picqué fit la cholécystectomie.

On remarque que les cas deviennent moins rares d'année en année, surtout à partir de 1898; on en compte en effet trois en 1899, et quatre en 1900. Cette progression, ce début de vogue, doivent être attribués, semble-t-il, aux travaux de Masse (1) et de son élève Cannac (2). C'est bien certainement à ces auteurs que revient l'honneur d'avoir rendu la *cholécystogastrostomie scientifiquement rationnelle* et de l'avoir fait connaître. Avant eux on avait opéré sans trop savoir les résultats à venir; on avait opéré parce que le procédé avait réussi une fois, deux fois; mais on ne se rendait pas un compte exact de sa valeur, on ne savait pas s'il pouvait en conscience être utilisé. Leurs expériences, très démonstratives, très concluantes, rendirent la question nette et claire et firent de la gastrostomie biliaire une intervention parfaitement admissible.

Depuis leurs publications, rien n'a paru en France sur la question, et nous serons heureux d'apporter notre modeste contribution à son étude; aujourd'hui que de nombreux faits cliniques et de nouvelles expériences sont venues brillamment l'éclairer.

Masse, au Congrès de Chirurgie, disait :

« L'abouchement de la vésicule biliaire avec l'estomac dans les cas d'obstruction complète irrémédiable du canal cholédoque est une opération qui peut être tentée; elle réussit chez les animaux, elle a réussi

(1) Massé: Congrès de Chirurgie, Paris, 1898.

(2) Cannac: *La cholécystogastrostomie*. Thèse de Bordeaux, 1897.

chez l'homme; il est probable que si l'on pratiquait souvent cette opération, elle donnerait des résultats aussi bons sur l'homme que sur les animaux.

« Jusqu'ici on n'a eu recours à la cholécystogastrotomie qu'en face de l'impossibilité de réunir la vésicule au duodénum ou à l'intestin. Cette opération me paraît mériter mieux que cela.

« Les avantages qu'elle présenterait sur la cholécystoduodénostomie, ou la cholécysto-entérostomie, ou sur la cholécystocôlostomie, seraient de mettre mieux les opérés à l'abri des infections ascendantes des voies biliaires.

« Avec cette opération, on éviterait toute chance ultérieure d'obstruction intestinale par torsion, tout tiraillement douloureux sur les sutures, tout rétrécissement fâcheux au niveau de l'abouchement des voies biliaires dans les voies digestives. Le retour de la bile dans les voies digestives a des avantages incontestables au point de vue de la nutrition, et il évite en outre aux malades une infirmité des plus désagréables, qui est la conséquence des fistules biliaires portant sur la vésicule ou sur le canal cholédoque. L'innocuité de la bile dans l'estomac, quand cette sécrétion a tous les caractères normaux et physiologiques, étant établie, il n'y a que des avantages à aboucher la vésicule biliaire avec l'estomac, en présence d'une obstruction infranchissable du canal cholédoque; peut-être les études faites au sujet de la cholécystogastrotomie auront elles pour résultat de faire considérer à l'avenir le reflux de la bile dans l'estomac comme négligeable dans l'appréciation des

procédés à employer pour l'abouchement de l'estomac et de l'intestin. »

Ce sont ces conclusions mêmes que nous développerons au cours de ce chapitre; elles résument toute la question, et tirées comme elles le sont, d'une expérimentation sérieuse, dont les résultats n'ont fait que s'affirmer dans la suite, elles deviennent, pour ainsi dire, la raison d'être de l'opération et la base de nos appréciations.

Nous allons donc étudier la cholécystogastrostomie au point de vue anatomique, physiologique et fonctionnel, et nous terminerons par l'exposé de la discussion des résultats qu'elle a donnés jusqu'à ce jour.

Etude critique de la cholécystogastrostomie

1^o AU POINT DE VUE ANATOMIQUE

En situation normale, il est évident que l'estomac est plus éloigné de la vésicule que ne le sont ordinairement le duodénum, le côlon et même le jéjunum. Des mesures prises par notre ami, le Dr Patel, il résulte que la distance maximum des points d'élection à réunir est de 10 centimètres, et la minimum 2 cent. 1/2. (TABLEAU N^o II).

Ceci à l'état normal; mais nous ferons tout de suite remarquer que les conditions pathologiques sont bien différentes. En effet, lorsque le cholédoque est irrémédiablement obstrué, la vésicule est en général distendue, les rapports se resserrent; elle vient parfois même au contact direct de la paroi (Obs. VI), et cette

condition, que nous avons vue être un obstacle souvent dangereux à une duodénostomie, est ici la condition favorable d'une anastomose gastrique. En outre, l'estomac, pour être moins mobile que le colon

DISTANCE DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Aux divers points d'entérostomie

- Tableau N° 2

SUJETS		DISTANCES			
		Estomac (1)	Duodenum (1)	Colon	Anse grêle (3)
1.	Femme 60 ans. Organes normaux. Vésicule en retrait.	10. cent. m.	3 cm. $\frac{1}{2}$	4 cent. m.	11 cent. m.
2.	Homme 50 ans. Organes normaux 1 ^o Vésicule normale. 2 ^o Vésicule distendue.	7 cent. m. 4 cent. m.	4 cent. m. 3 cent. m.	3 cent. m. 1 cent. m.	9 cent. m. 4 cent. $\frac{1}{2}$
3.	Femme 40 ans. 1 ^o Vésicule normale. 2 ^o Vésicule distendue.	8 cent. m. 5 cent. m.	5 cent. m. 3 cent. m.	3 cent. m. 1 cent. m.	
4.	Femme 55 ans. 1 ^o Vésicule normale. 2 ^o Vésicule distendue.	9 cent. m. 2 cent. $\frac{1}{2}$	4 cent. $\frac{1}{2}$ 2 cent. $\frac{1}{2}$	4 cent. $\frac{1}{2}$ 1 cent. m.	

1^o Point d'élection pour la cholécystogastrostomie, c'est-à-dire sur la face antérieure de l'estomac, à gauche du pylore, lorsque l'on rencontre une partie peu vascularisée. Ce point est situé suivant une ligne horizontale à 4 ou 5 centimètres du pylore.

2^o 2^e portion sus-vatérienne.

3^o 4^e anse grêle après l'anse jéjunale.

ou l'intestin grêle, l'est néanmoins plus que le duodenum profondément fixé. Il est toujours possible de l'attirer sans traction énergique jusqu'au contact de la vésicule, et les premières opérations qui ont été

faites l'ont été, par suite même de cette mobilité. (Obs. I, II, III, IV, etc.)

Enfin, il est un *avantage histologique* que l'on peut considérer.

La paroi de l'estomac est épaisse, résistante, et les sutures qu'on y attache offrent une grande solidité. De plus, l'épaisseur croissante des plans musculaires, à mesure qu'on se rapproche du pylore, au voisinage duquel précisément doit se faire l'abouchement, est une condition excellente pour la formation d'une valvule ou d'un sphincter autour de l'orifice nouvellement créé. C'est là, il est vrai, une simple hypothèse qu'aucun fait anatomo-pathologique n'est venu démontrer, mais que certains phénomènes physiologiques semblent indiquer comme très acceptable.

En résumé, les *avantages anatomiques* de la cholécystogastrostomie sont *très grands*. S'ils le sont moins que ceux de la côlostomie ou de l'entérostomie proprement dite, ce n'est pas à considérer, vu les inconvénients de ces opérations qui les font condamner ; et si ceux de la duodénostomie leur sont normalement supérieurs, on a vu que les conditions pathologiques habituelles leur permettent rarement de se présenter dans toute leur intégrité.

La cholécystostomie au point de vue physiologique. — C'est au point de vue physiologique que l'anastomose cholécystogastrique est surtout intéressante. Nous avons vu que la bile était nécessaire au suc pancréatique dans la digestion des graisses, et nous savons que la duodénostomie biliaire, par suite

même de la réunion opportune qu'elle fait de deux sécrétions serait, sans ses difficultés, une opération parfaite ; nous allons maintenant examiner si l'introduction prématurée de la bile dans le tube digestif n'est pas un gros inconvénient au point de vue de la digestion même.

C'est une opinion enracinée depuis longtemps dans l'esprit des médecins que celle de l'influence néfaste de la bile sur la fonction gastrique.

Galien n'a-t-il pas dit, il y a 1700 ans, que « la présence du fiel dans l'estomac en entrave la fonction ? » Depuis ces temps reculés, l'hypothèse n'a fait que se fixer davantage.

Chaput prétend que « le passage de la bile dans l'estomac arrête la digestion gastrique » et « qu'il est important d'éviter cet inconvénient ». Il ne fait en cela que répéter le jugement d'un grand nombre de physiologistes.

Frdéricq et Niel expliquent ainsi l'action de la bile : « La bile précipite les produits de la digestion gastrique des albuminoïdes. Au moment où le chyme acide venant de l'estomac pénètre dans le duodénum, il se trouve soumis à l'action de la bile. Les sels des acides biliaires précipitent la syntonine, la propeptone et la peptone ; la pepsine est entraînée mécaniquement et la digestion peptique cesse immédiatement. L'alcalinité de la bile concourt alors à neutraliser (incomplètement, il est vrai) l'acidité du suc gastrique. La précipitation de la pepsine et la neutralisation de l'acide chlorhydrique ont sans doute pour effet utile d'empêcher le suc gastrique de détruire les ferments

du suc pancréatique. » Que ces phénomènes soient réels, et qu'au lieu de se passer dans le duodénum, ils aient pour théâtre d'action l'estomac, on se figure les graves perturbations qu'ils doivent provoquer dans la nutrition.

Landois dit plus directement : « Quand la bile pénètre dans l'estomac, l'acide chlorhydrique du suc gastrique se combine avec les bases des sels biliaires ; il se forme principalement du chlorure de sodium et des acides biliaires libres. La réaction du suc gastrique se trouve en grande partie neutralisée. Les acides biliaires (qui remplacent alors l'acide chlorhydrique combiné avec le sodium) sont inactifs dans la digestion stomacale.

« La neutralisation du suc gastrique provoque aussi la précipitation de la pepsine et de la mucine ; mais s'il se forme de nouvelles quantités d'acide par la muqueuse de l'estomac, la pepsine se redissout. La bile introduite dans l'estomac a encore une autre action nuisible sur la digestion gastrique ; elle ratatine et rend dures les matières albuminoïdes qui ne peuvent être peptonisées qu'après avoir été préalablement gonflées. »

Viault et *Jolyet* affirment que « si la bile pénètre accidentellement dans l'estomac, elle y arrête la digestion gastrique ».

Nous pourrions multiplier à l'infini les citations, mais celles-ci nous paraissent suffisantes, car il ne peut y en avoir de plus catégoriques.

Ainsi donc la bile jetée dans l'estomac est accusée des plus fâcheux méfaits. Elle neutralise l'acide chlor-

hydrique, précipite trop tôt les peptones, durcit les matières albuminoïdes, en un mot, amène dans la digestion gastrique de telles perturbations qu'elle l'arrête immédiatement.

Nous nous sommes demandé sur quelles expériences ces physiologistes avaient établi des jugements aussi précis, aussi catégoriques, et nous les avons recherchées.

Or nous n'avons trouvé que celles de *Claude Bernard*, répétées et variées à l'infini par *Schiff*, *Maly*, *Hammarsten*, *Burchardt*, *Enrich* et *Boerhave*. Ce sont toutes des expériences *in vitro* qui peuvent se résumer de la façon suivante :

Si l'on met en présence dans un récipient une albumine quelconque et une quantité suffisante de suc gastrique, la digestion se fait immédiatement ; mais si l'on vient à verser dans le même récipient, soit d'un seul coup, soit par fractions, un certain volume de bile fraîche, la digestion est immédiatement arrêtée et cette perturbation se trahit par le précipité floconneux que donnent les matières albuminoïdes déjà dissoutes.

Certes, à première vue, cette expérience est concluante, mais combien de phénomènes physiologiques, quoique nés dans des conditions apparemment semblables, diffèrent du laboratoire à l'animal!... Du reste, dans le cas qui nous occupe, ces conditions mêmes sont loin d'être identiques. On ne peut comparer tout d'abord un vase inerte et froid à l'estomac réchauffé et toujours en mouvement. Puis, les variations des quantités en présence ne se comparent pas d'un cas à l'autre. Ici, ce sont trois substances qui sont dès le

début en volume et en quantité ce qu'elles seront dans tout le cours de l'expérience ; et quand bien même on les varierait, on n'arriverait jamais à reproduire les mutations incessantes qui se passent là, où le suc gastrique, constamment produit, et la bile continuellement versée, modifient à chaque instant la composition du milieu. Enfin, il faut tenir compte de l'adaptation de l'organisme que l'usage rend tolérant et que l'habitude amène à modifier profondément ses ordinaires fonctions.

Pour expliquer ces troubles gastriques, les physiologistes sont à peu près tous d'accord, et donnent à l'*alcalinité de la bile qui neutraliserait l'acide chlorhydrique*, la plus grosse responsabilité des accidents rapportés.

Or, la bile n'est pas alcaline ; elle est neutre : Masse dit textuellement : « Boerhave avait cru que la bile neutralisait le chyme. Il résulte des expériences de Blondlot que la bile au moment où elle se sécrète, est *neutre* ; elle ne devient alcaline que par le séjour dans la vésicule biliaire. Quand il y a une fistule qui amène directement la bile dans l'estomac, la réaction de ce liquide est neutre. Si la bile déversée dans l'estomac est neutre, elle ne saurait neutraliser les acides du suc gastrique. »

Voilà pour répondre à une première accusation.

Voyons ce qu'il faut penser maintenant des autres : précipitation des peptones notamment. « Bidder, Schmidt et Masse ont expérimentalement démontré que la bile n'arrêtait pas la digestion des aliments albuminoïdes et féculents.

« La digestion de ces substances, affirment-ils, n'est ni empêchée, ni ralentie, ni diminuée. »

A l'examen du contenu stomacal, on constate que le liquide est acide, qu'il contient de la pepsine et des peptones.

Ces diverses citations seraient à elles seules presque suffisantes pour répondre aux accusations précédemment énoncées ; mais, comme elles ne visent que des opérations physiologiques tout aussi imparfaites que leurs rivales, il nous semble plus logique et surtout plus probant de puiser des arguments dans l'observation des phénomènes produits par le déversement naturel et continu d'une bile normale dans un estomac normal.

Or, cette observation est permise, parce que ces conditions ont été réunies ; la *cholécystogastrostomie* avec ligature du cholédoque ayant été faite sur des animaux par Oddi, Cannac et Masse ; sur l'homme par quelques chirurgiens, et que de plus, cinq à six autopsies l'ont fait voir spontanément réalisée et peut-être depuis longtemps.

Nous avons ainsi à considérer des *faits expérimentaux*, des *faits chirurgicaux*, des *faits pathologiques*. Nous allons donc étudier :

1° Les expériences de Rugero Oddi, Cannac et Masse sur les chiens.

2° Les observations cliniques d'anastomoses cholécystogastriques que nous avons réunies.

3° Enfin quelques trouvailles d'autopsies.

Faits expérimentaux — Nous extrayons ce paragraphe tout entier de la communication de M. Masse au Congrès de Chirurgie ; on ne peut mieux résumer la question : l'analyser, le modifier serait en altérer la valeur :

« Ruggero Oddi, de Pérouse, sur les conseils de son maître, le professeur A. Marcacci, a eu le premier l'idée d'aboucher directement la vésicule biliaire avec l'estomac, en 1887, sur des animaux dont il oblitérait préalablement le cholédoque. L'opération tentée par lui sur 7 chiens a réussi trois fois. L'arrivée de la bile dans l'estomac ne troubla pas la digestion. L'animal resta vorace, il augmenta de poids. Les peptones de l'estomac n'étaient pas précipitées par la bile.

« M. Dastre a répété sur des chiens les expériences de Ruggero Oddi, il a fait avec succès des cholécystogastrotomie ; ses animaux opérés ne vomissaient pas, ils augmentaient même de poids.

« En décembre 1897, un de mes élèves, le Dr L. Cannac, ancien aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Bordeaux, soutenait à Bordeaux une excellente thèse sur la cholécystogastrotomie. A l'appui de ce travail, le Dr Cannac reprit dans mon laboratoire les expériences physiologiques de Ruggero Oddi. On trouvera dans cette thèse d'ingénieuses expériences faites avec succès.

« Les chiens mis en expérience avaient le canal cholédoque lié à la soie. Après cette première opération, destinée à mettre ces animaux dans les conditions créées par l'obstruction du canal cholédoque, la vésicule biliaire était abouchée directement avec l'estomac. Cette cholécystanastomose fut faite, tantôt par de simples sutures par le procédé de Colzi, tantôt sur un tuteur de caoutchouc, procédé de Dubourg pour la gastro-entérostomie, soit sur des tubes de macaroni trempés dans du collodion, procédé d'Oddi, soit avec le bouton de Murphy.

« Les cholécystanastomoses sur tubes résorbables furent celles qui donnèrent les meilleurs résultats. M. Cannac s'était d'abord contenté d'un seul tube de macaroni comme tuteur ; plus tard, il en plaça trois dans chaque fistule. Les tubes étaient assujettis par des fils à la muqueuse gastrique. La ligature du cholédoque et la cholécystogastrostomie étaient faites en deux temps, plus tard, les deux opérations furent simultanément pratiquées sur les animaux soumis à ces expériences. Deux chiens opérés en novembre 1897 vivent encore et chez eux la digestion gastrique est aujourd'hui parfaite : il y a eu au début quelques vomissements bilieux, mais aujourd'hui ces animaux mangent et digèrent parfaitement. J'ai fait à l'un d'eux une gastrostomie pour me rendre compte de l'état des matières contenues dans l'estomac et j'ai pu constater directement que la bile déversée ne troublait pas l'action du suc gastrique sur les aliments albuminoïdes.

« La cholécystogastrostomie n'arrête pas le travail de la digestion gastrique chez les chiens, c'est un fait établi par les expériences de Ruggero Oddi, par celles de Dastre et par celles du Dr Cannac.

« J'ai repris dans mon laboratoire, en 1898, les expériences de M. le Dr Cannac, et elles m'ont aussi donné d'excellents résultats ; les chiens que j'ai opérés vivent encore avec leur fistule cholécystogastrique.

« Je réduis l'ouverture de l'estomac et celle de la vésicule à une très petite entrée, celle qui laisserait passer une sonde du calibre de 18 ou 20. Le trajet fistuleux doit laisser écouler lentement la bile de la vésicule dans l'estomac sans qu'il soit permis aux aliments, au chyme, de refluer de l'estomac dans la vésicule biliaire. Comme tuteur, j'emploie un faisceau de catgut gros calibre n° 0. Ce faisceau, composé de six à huit fils, est muni, du côté de la vésicule, d'un renflement, en forme de tête, pour qu'il soit retenu jusqu'au moment où il sera résorbé et où la vésicule restera désormais adhérente à l'estomac et perméable. En réduisant l'ou-

verture de la fistule, on s'oppose au reflux des aliments vers la vésicule biliaire.

« J'ai non seulement lié le canal cholédoque, mais je l'ai réséqué pour éviter qu'on puisse m'objecter que la continuité du cholédoque s'est rétablie malgré la ligature du canal.

« Ce qui ressort de ces expériences physiologiques de cholécystogastrostomie, c'est que, chez les chiens, l'arrivée de la bile dans l'estomac est compatible avec une bonne digestion et avec une bonne nutrition. Les animaux que j'ai mis en expérience maigrissaient bien au début, mais ils reprenaient plus tard leur bon état de santé ; ils augmentaient même de poids s'ils étaient jeunes. »

M. le professeur Masse nous a engagé à répéter nous même ces expériences, mais devant les résultats décisifs des siennes et de celles de son élève, et devant surtout l'absence complète de vomissements dans les quatorze observations que nous avons réunies, la question nous a paru tranchée, et nous n'avons pas cru devoir suivre ses conseils.

Cependant Cannac, dans sa thèse, soulève une objection. « En fait, dit-il avec Weill (1), la digestion naturelle dans l'estomac de l'homme bien portant ou de l'animal, n'est pas troublée par la présence d'une certaine quantité de bile... Il y a certainement une *question de durée*... Dans les faits expérimentaux de Dastre et d'Oddi, les recherches n'ont duré que peu de temps (40 ou 50 jours). Il serait intéressant de suivre *pendant des mois et même pendant des années*, un animal atteint de fistule cholécystogastrique :

(1) Weill, *Lyön Médical*, décembre 1890.

peut-être se produirait-il à la longue, des effets fâcheux ! »

Il y répond lui-même : « Nous ne savons pas et ne pouvons pas affirmer, les observations nous manquant, que les résultats seront satisfaisants ; mais en vertu de la même cause, nous ne pouvons pas non plus dire qu'ils ne seront pas bons. Des facteurs que nous ignorons peuvent entrer en jeu, de nouvelles conditions physiologiques peuvent se produire. L'avenir nous l'apprendra. »

Nous sommes heureux de pouvoir aujourd'hui parler au nom de cet avenir, et dissiper ces inquiétudes. *La cholécystogastrostomie entretient fidèlement ses excellents résultats durant des années.*

M. Masse nous a fait l'honneur de nous écrire ceci : « J'ai conservé des chiens ainsi opérés pendant plus de deux ans, et je les ai sacrifiés pour constater par l'autopsie que la vésicule déversait bien toute la bile dans le tube digestif et que le cholédoque était bien lié. »

D'autre part notre observation VII (de M. Jaboulay), avec ses quatorze mois de survie, est absolument concluante.

Ainsi donc les expériences faites sur les animaux prouvent abondamment *que le déversement continu de la bile dans l'estomac n'amène aucun vomissement, aucun trouble digestif*, comme le prétendent certains physiologistes. La neutralisation de l'acide chlorhydrique, la précipitation des peptones, et autres accidents semblables, sont de simples hypothèses que

les expériences et les observations sont très loin de confirmer.

Voyons maintenant si les opérations faites sur l'homme sont aussi concluantes.

2° FAITS CHIRURGICAUX

Ces faits chirurgicaux consistent dans les observations de cholécystogastrostomies faites jusqu'à ce jour sur l'homme. Nous croyons les avoir toutes réunies, et nous les publions complètes avec les réflexions dont quelques chirurgiens les ont fait suivre. Leur lecture sera plus instructive et plus démonstrative que tout ce que nous pourrions dire.

OBSERVATIONS (1)

OBSERVATION I (Wickhoff et Angelberger)

Rudolfinerhause à Dobling. — Cholélithiase. — Obturation du canal cholédoque. — Cholécystogastrostomie. Guérison. Par Max Wickhoff et Fr. Angelberger (Wiener Klin. Wochenschrift., 1893, in-18, p. 325).

Anna D..., 45 ans, entrée le 19 septembre 1892.

Antécédents. — En avril 1892, apparition brusque, sans causes connues, de douleurs abdominales, sous forme de coliques, ayant leur maximum d'intensité dans la région hépatique. Ces douleurs furent suivies d'ictère trois jours

(1) Consulter le tableau page 74.

après leur début. Cet ictère disparut en trois semaines. Après plusieurs mois de parfaite santé, réapparition à deux reprises des coliques (six et trois semaines avant son admission). L'ictère se reproduisit également et n'a pas complètement disparu depuis lors. La malade n'a jamais constaté de calcul dans ses selles. Celles-ci n'ont été décolorées et les urines pigmentées que deux ou trois jours après les coliques.

Antérieurement santé parfaite. Il y a quatre ans, elle a éprouvé, pendant quelques mois, de l'inappétence, du malaise et des vomissements. Pas d'ictère à cette époque.

Neuf grossesses dont deux terminées par des fausses couches.

Pas d'affection puerpérale. Menstruation normale.

Etat actuel. — Femme de taille moyenne, vigoureuse avec pannicule adipeux assez développé. Ictère peu intense de la peau et de la conjonctive. Poumons et cœur normaux. Pouls un peu ralenti, 54-58, assez fort. Abdomen souple avec légère sensibilité à la pression au niveau du rebord hépatique qui dépasse à peine le rebord costal. Pas de tumeur palpable ; cependant à la partie moyenne du rebord costal on sent une zone plus résistante dont les limites sont difficiles à établir. C'est à ce point que la pression est la plus douloureuse. Les selles ne renferment pas de pigments biliaires.

21 septembre 1892. — *Laparotomie.* — Remarquons tout d'abord que la malade, profondément endormie, eut aussitôt après l'ouverture de la cavité péritonéale des vomissements biliaires peu abondants.

Incision de 10 centimètres de longueur partant du rebord costal et dans la ligne parasternale. Pendant le cours de l'opération, incision perpendiculaire sur la première, sectionnant transversalement le muscle droit du côté droit. Après ouverture de la paroi on trouve le rebord hépatique relié par de courtes adhérences au colon transverse. Ces adhérences sont en partie détachées, en partie section-

nées entre deux ligatures. La vésicule biliaire apparaît alors : elle a la forme d'un sablier. La partie antérieure a le volume d'une noix, les parois sont épaissies, transparentes ; lorsqu'on incise, il s'écoule un liquide clair. La seconde portion de la vésicule en est séparée par une bride fibreuse épaisse. Elle est plus volumineuse, ses parois sont plus minces. On n'a pas pu trouver d'orifice de communication entre ces deux segments. Par l'incision du segment postérieur on fait écouler un liquide fortement coloré ayant les caractères de la bile. Par pression sur ce segment on fait sortir deux calculs à facettes, gros comme la moitié d'un pois. On libère cette tumeur de ses adhérences et on enlève le segment antérieur.

L'aspect que présentait le champ opératoire à cet instant était le suivant :

Au-dessus et en arrière du bord hépatique se cache le segment postérieur d'où s'est écoulée la bile. En arrière et en bas se voient des adhérences qui comprennent, dans leur épaisseur, le canal cholédoque. Par traction sur ces adhérences on attire la partie pylorique de l'estomac et la partie postérieure du duodénum disparaît dans leur épaisseur. Le côlon transverse ferme la partie inférieure du champ opératoire. Celui-ci paraît ainsi à moitié fixé par de nombreuses adhérences et brides fibreuses ; il est presque complètement immobilisé. Dans la partie profonde du champ opératoire on aperçoit encore quelques anses intestinales très adhérentes les unes aux autres.

Le cathétérisme des voies biliaires ne réussit pas. C'est à peine si on peut faire pénétrer la sonde de 2 centimètres. On ne pouvait non plus, soit avec la sonde cannelée, soit avec le couteau, libérer le cholédoque et il était impossible de se renseigner sur son état.

Il y avait eu par moments, ainsi que l'examen nous l'apprenait, une obstruction du cholédoque. Comme cette obstruction ne pouvait être supprimée par l'opération, il

était indiqué de chercher à faire une anastomose des voies biliaires avec le tube digestif.

On ne pouvait penser au duodénum par suite de son enclavement dans les adhérences. Les anses intestinales étaient trop adhérentes pour être facilement séparées et l'opération eut duré trop longtemps et aurait augmenté les chances d'insuccès pour la malade. En outre, l'anse intestinale anastomosée aurait été très étendue. On pouvait en dire autant du côlon.

Il ne restait, par conséquent, que l'estomac dont la partie pylorique de la petite courbure pourrait facilement être rapprochée des restes de la vésicule biliaire.

On pratique une incision de un centimètre de longueur au voisinage du pylore sur la petite courbure de l'estomac et l'on fixe aux restes de la vésicule biliaire la muqueuse, puis la séreuse avec des sutures de Lembert. Pour assurer la solidité de la suture et comme les fils avaient plusieurs fois cédé dans la paroi de la vésicule on comprend dans la suture le tissu hépatique et le bord du foie. On tamponne avec de la gaze iodoformée tout le voisinage de l'anastomose. On place un drain volumineux pour rendre possible l'écoulement de la bile et du suc gastrique s'ils se produisent.

Suture péritonéale. Suture des droits et de la paroi.

Durée de l'opération : une heure et demie.

Suites. — Les jours qui suivent l'opération, on prescrit de fortes doses d'opium ; comme nourriture : thé, lait et cognac. Température normale. Pouls 52 à 56. Persistance de l'ictère. La malade se plaint de douleurs dans la région hépatique lorsqu'elle fait des efforts respiratoires.

23 septembre. — Le premier pansement avait été transpercé par de la sérosité sanguinolente. Plaie sans réaction.

A partir du 28 septembre on cherche à provoquer des selles avec des lavements de glycérine ou de séné. On n'y parvient que le 2 octobre (onze jours après l'opération),

par l'administration d'une forte dose de rhubarbe. Selle assez consistante, brun jaunâtre. L'ictère diminue. Pouls 48-50. La malade commence à prendre une nourriture plus consistante avec eau purgative (sel therm. carolin); selles tous les deux jours. Pendant une semaine ces selles sont encore décolorées, puis se colorent de plus en plus. L'ictère diminue lentement, mais progressivement.

2 octobre. — Ablation des fils de sutures, du drain et de la gaze iodoformée. Sécrétion très peu abondante dès les premiers jours. La malade se lève. Elle se plaint seulement de démangeaisons aux extrémités.

11 octobre. — La plaie est complètement fermée. Cicatrice non sensible. *L'ictère a presque totalement disparu; selle normalement colorée. Pas de pigments biliaires dans l'urine.* La malade se sent bien et quitte l'hôpital le 15 octobre 1892.

OBSERVATION II (Terrier)

Epithélioma de la tête du pancréas. — Ictère. — Anastomose de la vésicule biliaire avec l'estomac.

Le nommé D..., âgé de 57 ans, boulanger, entre le 10 décembre 1895, salle Jarjavay, lit n° 16.

Le malade se présente à Bichat pour la jaunisse et les douleurs qu'il éprouve dans l'hypocondre droit.

Depuis quatre mois environ il commença à ressentir de petits malaises dans le côté droit de l'abdomen, surtout lorsqu'il travaillait; au moment où il ressentait ces malaises, il avait de vives envies de manger, mais mangeait peu à la fois.

Il y a dix jours il n'était que légèrement jaune, ne se plaignait que d'un peu de malaise sans vomissements ni coliques; souffrant d'une démangeaison cutanée, il alla consulter à l'hôpital Saint-Louis; on lui donna une solu-

tion alcaline à prendre ; presque de suite après l'avoir absorbée, apparition de coliques occupant l'hypocondre droit sans irradiations vers l'épaule ni le membre inférieur correspondant ; ces coliques auraient été très vives ; mais elles ne se sont pas accompagnées de vomissements.

Le malade dit avoir notablement maigri depuis trois à quatre mois.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une affection aiguë qui semble avoir été une pneumonie. Mère morte très âgée sans cause connue. Plusieurs frères seraient morts vers l'âge de trois ou quatre ans.

ETAT ACTUEL. — 12 décembre 1895. — Ictère généralisé avec prurigo assez intense. Rien à l'inspection de l'abdomen. La matité hépatique commence à 2 centimètres du mamelon et s'étend jusqu'au rebord costal dans une hauteur de 9 centimètres. Au palper, on trouve au-dessous du rebord costal droit et à droite du muscle grand droit de l'abdomen, une tumeur de forme générale arrondie, du volume d'un petit œuf de poule, dont l'extrémité supérieure se perd dans la face inférieure du foie. Cette tumeur qui semble manifestement constituée par la vésicule biliaire est de consistance assez dure, légèrement rénitente, un peu sensible à la pression, sans toutefois être franchement douloureuse.

Rien à noter du côté des autres organes qui paraissent sains. Les urines acides, fortement chargées de pigments biliaires, ne contiennent pas de sucre et seulement des traces d'albumine. 1.000 grammes en 24 heures, densité 1.024, urée 17 gr. 21 par litre.

13 décembre. — Il se produit, sans cause appréciable, une poussée d'ictère nouvelle ; en même temps on trouve une augmentation notable du gonflement de la vésicule et une légère élévation thermique (37°7).

14 décembre. — On fait l'épreuve du sucre ; mais l'ana-

lyse ne décèle de glycose dans aucun des quatre échantillons d'urine.

Du 15 au 18 décembre, état stationnaire de l'ictère qui, toutefois, a une certaine tendance à s'accuser.

L'intervention chirurgicale est indiquée. Vu la dilatation de la vésicule et l'absence de coliques hépatiques nettes, on peut penser à un néoplasme du pancréas.

Opération le 19 décembre 1895 par M. Terrier, aidé de M. le docteur Hartmann et de M. Mignot, internes du service.

Incision de 10 à 12 centimètres le long du bord externe du muscle droit à partir du rebord des fausses côtes.

Ouverture du péritoine. La vésicule est en dedans de l'incision sans adhérences, mais distendue et non épaissie. Ponction de la vésicule avec l'aspirateur, on retire 100 grammes environ de bile foncée. L'exploration du col faite avec la main ne permet pas de sentir de calculs. Grâce à une incision perpendiculaire à la première et se dirigeant vers la ligne blanche (4 cent. environ) on peut se livrer à l'exploration du cholédoque. Une petite tumeur dure, mobile, est prise d'abord pour un calcul, mais l'existence d'autres tumeurs semblables et d'une tumeur assez volumineuse de la tête du pancréas permet d'affirmer la présence de ganglions dégénérés dans le hile du foie et d'une néoformation du pancréas.

Dans le but de faire une cholécystentérostomie, on essaie d'attirer le duodénum jusqu'au contact du fond de la vésicule, sans pouvoir y parvenir. M. Terrier se décide alors à aboucher la vésicule dans l'estomac. Celui-ci est attiré au dehors de la plaie et maintenu par un aide. Six points de suture séro-séreux unissent le fond de la vésicule à une partie de la face antérieure de l'estomac voisine du pylore et suivant une ligne courbe à concavité antérieure. Les fils sont coupés et l'on ajoute deux points à chaque extrémité de la ligne d'union dont les fils, maintenus par des pinces,

ne sont pas coupés. Six fils sont placés en avant, suivant une ligne courbe à concavité postérieure. Destinés à n'être serrés qu'en dernier lieu ils sont maintenus par trois pinces suivant la méthode décrite déjà par M. Terrier à la Société de Chirurgie. Incision de l'estomac entre les lignes de suture sur un demi-centimètre environ. Incision de la vésicule. Quatre points de suture affrontent les séreuses. Les fils séro-séreux antérieurs sont serrés et coupés. On ajoute deux points séro-séreux supplémentaires. Les deux fils extrêmes sont aussi coupés.

Fermeture de l'abdomen suivant la méthode ordinaire à trois plans de sutures : deux à la soie, la peau au crin.

13 décembre. — Le soir le malade n'a pas vomi. Pouls et température normaux.

20 décembre. — Etat général très bon. Le malade urine seul et a rendu des gaz par l'anus. 700 grammes d'urine. Pouls 30. T. 36°7-39°9.

22 décembre. — Le malade, à la suite d'un lavement, a une selle colorée par la bile. L'ictère n'a pas diminué. Agitation la nuit. Il refuse de boire son lait. Pouls 76. T. 36°7-37°. Urine 700 grammes.

23 décembre. — Le malade a poussé des cris toute la nuit. Il appelait au secours, criait qu'on l'empoisonnait et adressait aux infirmiers les épithètes les plus grossières.

Le matin il est plus calme, dit qu'il ne se souvient de rien, mais réclame instamment qu'on le transporte *en haut*. Ces mots reviennent incessamment, quelle que soit la chose qu'on lui demande.

T. 36°6-37°2. Pouls 76-80. Urine 1.200 grammes.

24 décembre. — Agitation moindre. Nouvelles selles colorées. T. 36°6 à 37°. Pouls 76. Urine 900 grammes.

25 décembre. — Le malade, qui demeure isolé dans une chambre, retourne dans la salle des hommes. Son agitation diminue. Même pouls et même température.

Depuis cette époque jusqu'à la sortie du malade, le

22 janvier 1896, les accidents se sont peu à peu amendés. La température a oscillé entre 37°4 et 36°6 ; l'ictère a diminué peu à peu, les forces se sont relevées, l'appétit est revenu, et à la sortie notre opéré se trouvait fort bien.

Il alla en convalescence à Vincennes, où il fut exposé au froid, mal soigné ; aussi dû-t-il quitter assez tôt cet établissement, se plaignant surtout de coliques apparaissant de préférence la nuit.

Dans le but de l'étudier de près et de suivre les diverses phases de son affection pancréatique, D... rentra dans mon service, à l'hôpital Bichat, le 10 février 1896.

Son état général s'est fort amélioré depuis son opération, *ses digestions sont bonnes sans nausées ni vomissements*. L'ictère n'existe plus qu'au niveau de la partie périphérique de la conjonctive scléroticale, partout ailleurs sauf à la face où la peau est brunâtre, il n'y a pas trace de pigmentation biliaire.

Son poids est de 58 kilogrammes 500 grammes. Son urine (200 grammes par jour) à densité 1.024, est neutre et ne renferme que 8 gr. 96 d'urée par litre (soit 17 gr. 92 pour 24 heures). Il n'y a ni sucre, ni albumine, ni pigment biliaire.

L'examen des matières fécales, au point de vue de la graisse libre, en fait constater 180 grammes par kilogramme de matières.

Notons que le malade ingère près de trois litres de lait par jour, indépendamment de sa nourriture normale.

15 février. — De nouveau soumis à l'épreuve du sucre, aucun des quatre échantillons d'urine n'a décelé la présence de la glycose.

Depuis son retour à l'hôpital, les douleurs abdominales semblent un peu calmées ; toutefois, pour éviter les coliques, surtout nocturnes, le malade ne mange pas le soir

et se contente de son lait. Il se plaint aussi parfois de douleurs de reins assez vagues et de faiblesse.

Notons que malgré le repas et une véritable suralimentation lactée, le malade a perdu 800 grammes. Il ne pèse plus que 58 kilogrammes.

L'abdomen est souple et indolore dans toute son étendue. A la partie supéro-interne de la cicatrice on constate une sorte d'induration en plaque mal délimitée et indolore ; il reste de la sonorité à ce niveau. La cicatrice qui s'étend verticalement dans une longueur de 12 à 14 centimètres, à deux travers de doigt au-dessous de l'hypocondre droit, avec une légère concavité interne, est très solide, un peu chéloïdienne, sans la moindre tendance à l'éventration.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes et ne paraît pas augmenté de volume.

Terrier fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

« En fait, ce malade que je tiens encore en observation, « offre des *digestions stomacales faciles, sans pesanteur d'estomac, sans régurgitations, sans vomissements.* »

« Les accidents dont il se plaint actuellement paraissent « surtout des troubles dus à la digestion intestinale, et « encore ces troubles sont-ils des accidents douloureux, « car il n'y a ni constipation, ni diarrhée habituelles. Il est « très probable que ces troubles digestifs sont sous la « dépendance de la lésion pancréatique, qui nous a paru « assez avancée lors de l'intervention chirurgicale et qui « s'accuse par cette non-digestion des graisses signalée dans « l'observation. Comme on le voit, ce fait vient à l'appui « des expériences faites par le professeur Dastres, expériences qui ne sont peut-être pas assez connues des « chirurgiens (1). »

(1) *Revue de Chirurgie*, année 1896, p. 185.

OBSERVATION III (Monod) (1)

Ictère par obstruction du cholédoque. — Laparotomie exploratrice.—Pas de calculs.—Cholécystogastrostomie. — Mort. — (A l'autopsie, cancer du pancréas.)

D. , 55 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Hanot, fin mai 1896 ; passé dans le service de M. Monod, le 5 juin 1896.

Antécédents héréditaires. — Père vivant. Mère morte d'une maladie d'estomac.

Antécédents personnels. — Fréquentes poussées de rhumatisme articulaire jusqu'en 1892.

Janvier 1896. — Douleur dans l'épaule droite, très vive, survenue brusquement. Depuis, cette douleur est revenue souvent par crises.

20 mai. — Insensiblement, sans phénomènes d'aucune sorte et en particulier sans coliques hépatiques, le malade s'aperçoit qu'il jaunit.

28 mai. — Ictère généralisé, jamais de fièvre ni nausées, ni vomissements, pas de coliques hépatiques. Le malade a sensiblement maigri, ses forces sont considérablement diminuées.

5 juin. — A son entrée dans le service on constate : aucun trouble fonctionnel, appétit nul. Amertume extrême de la bouche.

Ictère foncé, généralisé, démangeaisons. Urines peu abondantes, noir acajou, pigments biliaires abondants. Selles complètement décolorées. Foie très gros, déborde les fausses côtes de trois gros travers de doigt. La vésicule forme une tumeur résistante, uniforme, lisse, nettement

(1) Monod, *Bulletin de la Soc. de Chir.*, 1896, p. 546.

limitable, rejetée en dehors. On n'y sent pas de calculs. Le foie et la vésicule ne sont pas sensibles.

Le diagnostic n'est pas ferme ; le seul qui s'impose est celui d'obstruction du cholédoque. Il est moins facile de préciser la cause de cette obstruction. L'âge du malade, son amaigrissement, la distention de la vésicule, l'absence de coliques hépatiques, permettent de songer que l'obstacle est dans le pancréas (néoplasme). M. Hanot penche cependant pour une obstruction d'origine calculeuse.

La situation est en tous cas assez douteuse pour motiver une laparotomie exploratrice. Une intervention active quelconque est d'ailleurs instamment réclamée par le malade.

Opération, 11 juin 1896.

Incision sur le bord externe du muscle droit. Ouverture rapide du péritoine. La vésicule apparaît derrière la lèvres externe de l'incision, mais est facilement amenée dans la plaie. Elle est volumineuse, grosse comme une poire moyenne et masque tout le champ opératoire. On sent avec le doigt qu'elle se poursuit sous la face inférieure du foie, sous forme d'un boudin allongé.

Ponction de la vésicule. Issue d'une quantité considérable de bile noire, verdâtre, épaisse (quelques gouttes sont recueillies avec une pipette pour l'examen bactériologique). La vésicule affaissée (l'orifice de ponction est obturé par une pince), on aperçoit l'épiploon qui est refoulé avec des éponges, puis l'estomac qui est recouvert par le foie.

Celui-ci est fortement relevé par une valve large qui écarte en même temps la lèvre droite de l'incision.

L'estomac et les anses intestinales sous-jacentes sont abaissés par un second écarteur.

Un troisième accroche, soulève et éloigne la lèvre gauche de l'incision.

On met ainsi à découvert un espace qui est occupé par l'épiploon gastro-hépatique. Le champ opératoire est par-

faitement net, comme dans une préparation anatomique. Aussi, est-il facile de suivre avec le doigt, dans cet espace, le canal cholédoque ; depuis le col de la vésicule, jusque tout près de sa terminaison. On ne constate, sur son trajet, aucune dureté qui puisse être rapportée à la présence de calculs.

Mais à côté de lui, on aperçoit très nettement des petits corps arrondis rénitents, qui ne sont autres que des ganglions.

Je conclus de cette exploration que l'obstruction n'est pas due à des calculs, mais à une lésion, probablement néoplasique du pancréas ou de l'ampoule de Vater.

Ne pouvant supprimer l'obstacle au cours de la bile, je n'ai plus d'autre ressource que de le tourner. Pour cela, j'ai deux moyens à ma disposition : ou créer une fistule biliaire cutanée, ou faire communiquer la vésicule avec les voies gastro-intestinales.

Les inconvénients et les dangers d'une fistule qui, pour être utile devait ici être permanente, me décident à prendre le second de ces deux partis, d'autant plus qu'avec le bouton de Murphy j'ai l'espoir de faire l'opération rapidement.

C'est avec la même préoccupation d'aller vite, que je préfère aboucher la vésicule dans l'estomac qui est bien visible et facilement abordable, plutôt que dans le duodénum qui se présente mal. J'ai d'ailleurs le souvenir des faits de MM. Terrier et Quénu qui ont montré que l'abouchement de la vésicule dans l'estomac est sans inconvénient.

L'union des deux parties, vésicule et face antérieure de l'estomac, dans un point rapproché du pylore, est, en effet, rapidement menée à l'aide d'un bouton de Murphy petit modèle suivant la technique habituelle (limitation des parties à l'aide de pinces garnies de caoutchouc ; incision, faufileage à la soie, fil serré, réunion des deux moitiés du bouton) ; un fil supplémentaire est placé en un point où

l'union paraît moins parfaite. Fermeture de la paroi à deux étages. Durée totale : une heure et quart.

Suites. — La journée se passe bien, pas de choc, pas de vomissements.

Le lendemain matin, 12 juin, je trouve le malade bien, demi-assis sur son lit, ne souffrant pas. Température 37°2.

La journée du 13 est bonne également ; aucun symptôme inquiétant, sauf un peu d'accélération de la respiration. Température, soir, 37°5.

La nuit avait été bonne, lorsque subitement, vers le matin, le malade se sent mal à l'aise ; la surveillante constate que le pouls faiblit, puis disparaît. L'interne de garde est appelé de suite : il n'arrive que pour constater la mort.

L'autopsie a été faite par mon collègue, M. Hanot, à qui j'avais tenu à laisser ce soin. On en trouvera ci-après la relation écrite sous sa dictée.

Autopsie. — L'ouverture de l'abdomen se fait suivant la ligne opératoire agrandie jusqu'à la symphise pubienne.

Pas de péritonite. Il n'y a pas de liquide dans la cavité abdominale, les anses intestinales sont libres, pas d'arborisations vasculaires à leur surface.

Au niveau de l'abouchement de la vésicule biliaire avec la partie inférieure de l'estomac, existe une couche de néomembranes vasculaires dont l'épaisseur est de 2 à 5 millimètres. Elles se laissent facilement séparer. On arrive alors sur la face péritonéale des deux réservoirs et on peut constater que la suture est parfaite. Le bouton Murphy ne peut être mobilisé. Aucun suintement ne se fait à son pourtour. Après l'avoir enlevé, on ouvre l'estomac dont la cavité renferme environ 50 grammes de liquide bilieux. L'organe paraît normal, les replis et valvules en sont conservés, il n'y a nulle trace de processus néoplastique.

La vésicule, dont le volume dépasse celui d'une grosse poire, déborde le bord inférieur du foie dans une étendue de 4 centimètres. Ouverte dans le sens de la longueur, elle

contient de la bile jaune-verdâtre épaisse. La surface interne est lisse, il n'existe pas de colonnes, il n'y a pas de calculs.

Le foie est augmenté de volume, il pèse 2.350 grammes. De coloration jaune très marquée, sa surface ne laisse voir aucune saillie appréciable. Il n'est pas dur à la coupe. On ne trouve, dans l'épaisseur de l'organe, aucune formation cancéreuse. Ce qui est remarquable, ce sont les nombreuses dilatations des vaisseaux biliaires qui, par place, prennent l'aspect de véritables lacs.

Pour déterminer le siège de l'obstacle à l'écoulement de la bile dans l'intestin, on suit les voies biliaires depuis le col de la vésicule biliaire. Canal cystique normal, de même que la terminaison du canal hépatique.

La sonde, introduite alors dans le cholédoque, est arrêtée après un trajet de 3 centimètres par un obstacle qu'elle ne peut franchir. Le conduit se trouve serré, emprisonné de toutes parts dans une masse dure, épaisse : celle-ci est coupée, c'est la tête du pancréas, très augmentée de volume, de la grosseur d'un œuf de poule, l'aspect est à peu près lisse, de couleur blanchâtre ; la pression fait sourdre un suc lactescent. Il s'agit d'un cancer. Il n'est pas limité à la tête du pancréas.

Celui-ci, dans toute sa longueur, présente le même aspect qu'au niveau de sa tête et la même consistance dure. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma typique.

Les autres organes, tous teintés en jaune, ne présentent guère d'altération.

Rate (180 gr.) molle, diffluente.

Cœur (450 gr.) un peu mou, pas de lésion valvulaire. L'aorte présente, à son origine, quelques plaques laiteuses.

Reins (120 et 130 gr.) rien d'appréciable à l'œil nu.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le professeur Lejars (Inédite)

Occlusion chronique du canal cholédoque par néoplasme pancréatique. — Cholécysto gastrostomie.

Christine R..., 36 ans, marchande de vin, entrée à l'hôpital Beaujon, salle Bégin, n° 2, le 14 octobre 1896. Elle nous est envoyée d'un service de médecine, avec le diagnostic d'occlusion chronique néoplasique du canal cholédoque et dans le but de recourir, s'il est possible, à une intervention palliative.

Elle est dans un état de cachexie très avancé, émaciée, la peau d'un jaune foncé, presque noirâtre. Le début des accidents remonte à plusieurs années, mais ils se sont aggravés rapidement durant les dernières semaines.

La région sous-hépatique est douloureuse au palper ; on y décèle une masse profonde, dure, rénitente semble-t-il, et fixe.

C'était un ensemble de conditions peu favorable à une tentative opératoire, pourtant l'âge de la malade et la résistance générale qu'elle pouvait garder encore, nous décidèrent à pratiquer la cholécysto entérostomie.

La laparotomie fut faite le 20 octobre 1896, sur le bord externe du droit. Je trouvai un parenchyme hépatique d'un gris verdâtre, sec, dur, rétracté ; au-dessous la vésicule, de grosseur moyenne, était sous-tendue par un tractus d'adhérences et, plus profondément, on sentait les grosses bosselures d'une tumeur pancréatique.

Dans l'impossibilité de réaliser l'anastomose intestino-vésiculaire, j'abouchai la vésicule à la paroi antérieure de l'estomac près du pylore ; la réunion se fit aisément par le procédé courant : surjet postérieur d'adossement, incision des deux parois, surjet de réunion circulaire, sujet anté-

rieur complétant l'accolement séro-séreux. Le ventre fut refermé.

La malade supporta mieux que nous n'osions le prévoir l'intervention : il n'y eut pas de réaction péritonéale et seulement quelques vomissements peu abondants de bile verdâtre, dans les deux premiers jours. Nous eûmes quelques raisons de croire à une survie ; l'alimentation lactée était tolérée. Mais le sixième jour la dépression devint brusquement considérable et, sans accidents nouveaux, la malade succomba le 27 octobre. Si l'intervention ne lui a été d'aucune utilité, la situation était tellement compromise que je ne pense même pas qu'elle ait abrégé la vie de quelques jours.

OBSERVATION V (Quénu) (1)

Cholécystogastrostomie pour cancer de la tête du pancréas

G. O..., 45 ans, cocher.

Le malade ne présente absolument rien de remarquable dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — En 1870, fièvre typhoïde 1893, pneumonie gauche. Aucune autre maladie. Jamais de coliques hépatiques.

Il prétend cependant être depuis très longtemps sensible à la moindre pression au creux épigastrique et ne pouvoir supporter rien qui appuie sur cette région.

Maladie actuelle. — Aucune étiologie sauf peut-être de grands ennuis. En avril 1896 son cheval s'emporte et il tombe de son siège sur les reins, mais il peut continuer son travail.

(1) In. thèse Loiselet, *loc. cit.*

Débuts de la maladie. — Au commencement de novembre 1896, par des troubles digestifs, perte de l'appétit, et vomissements le matin de ce qu'il avait mangé la veille au soir, au point qu'il avait renoncé à manger le soir.

Vers la fin de novembre il a ressenti de fortes démangeaisons le soir et la nuit surtout. A cette époque, il a eu quelques plaques d'urticaire.

Au commencement de décembre il a remarqué que ses conjonctives devenaient jaunes, l'embarras gastrique augmentant et ses digestions étant toujours lentes ; il prend 40 grammes de sulfate de soude, puis son ictère augmente progressivement ; en quinze jours, il est généralisé et intense *avec des rémissions*. Depuis le début de l'ictère il a remarqué que ses urines étaient très foncées.

A la fin de décembre, il remarque, sur la demande d'un médecin consulté à ce moment, que ses matières étaient décolorées.

En janvier 1897, il a eu un peu de fièvre, il entre à Beaujon le 7 janvier et y reste deux mois environ. Régime lacté, calomel, eau de Vichy, lavements froids.

Il entre dans le service de M. Chauffard le 27 mars 1897. Ce malade n'a jamais souffert ; pas de coliques, pas de douleurs intenses au niveau de l'estomac. Depuis le début de la maladie il a beaucoup maigri. En septembre 1896 il pesait 141 kilogs et n'en pèse plus que 82. Il présente une coloration ictérique intense des téguments et des conjonctives. Pas de xanthopste. A la palpation, on ne trouve pas de tumeur perceptible au niveau de la tête du pancréas, mais on sent le rebord du foie un peu au-dessous des fausses côtes, et on trouve sur ce bord une tumeur sphérique lisse, tendue, résistante, de la grosseur d'un œuf de poule environ, c'est la vésicule biliaire qui se vide sous l'influence de palpations répétées.

L'obstruction du cholédoque est donc incomplète.

Le malade sent un poids dans le côté droit, quand il se

couche de ce côté et ne peut se coucher du côté gauche ; ce poids le gêne. Pas d'autres symptômes de compression. Pas d'ascite, pas d'œdème des jambes, pas de réseau veineux de l'abdomen.

Les urines sont très foncées, mousseuses, chargées de pigments biliaires, elles ne contiennent ni albumine, ni sucre. Les matières sont complètement décolorées.

On fait absorber au malade du salol, il se dédouble comme normalement et on trouve de l'acide salicylique dans les urines. Urée totale, 22 grammes en 24 heures. On lui donne deux cuillerées de peptone et trois œufs.

30 mars. — Il se plaint de quelques douleurs vagues au niveau du creux épigastrique.

8 avril. — A souffert de coliques hier et aujourd'hui, avec, par moment, des élancements dans l'épigastre et l'hypochondre droit.

14 avril. — Opération par M. Quénu. On trouve une vésicule contenant 400 grammes de bile. L'exploration fait sentir des noyaux durs dans la tête du pancréas. *L'anastomose se fait avec l'estomac.*

Suites opératoires bonnes. Réunion par première intention. Pas d'infection des voies biliaires. Pendant les trois jours qui suivent, injections sous-cutanées de sérum.

26 avril. — Les fils sont enlevés.

10 mai. — Pèse 72 kilogs, il rentre dans le service de M. Chauffard. Les matières sont redevenues colorées presque tout de suite après l'opération. En quinze jours *l'ictère et le prurit ont complètement disparu et les urines sont redevenues normales.*

Il reste un peu d'induration sous la cicatrice ; une teinte subictérique des téguments. *L'appétit est revenu et il mangerait constamment.* On le met au 4^e degré et on lui donne 0 gr. 50 de pancréatine par jour.

24 mai. — Il sort pesant 71 kilogs 600.

8 juin. — Se plaint de quelques douleurs au niveau de

sa cicatrice, sent qu'il perd ses forces, pèse 72 kilogs 400.

21 juillet. — Ne pèse plus que 67 kilogs, malgré une grande suralimentation. Il est très affaibli. Aucune trace d'ictère, aucune douleur ; sensibilité épigastrique sourde sans tumeur appréciable.

Il entre dans le service et meurt quelques jours après. A l'autopsie on trouve un cancer de la tête du pancréas.

OBSERVATION VI (Giordano) (1)

Cirrhose hypertrophique du foie. — Sclérose du pancréas. — Rétention biliaire. Cholécystogastrostomie. — Mort.

C... Thérèse, âgée de 50 ans, de Spinéa. Entre dans le service le 6 mai 1897.

Plusieurs cas de tuberculose dans ses antécédents héréditaires. Elle-même a eu, depuis son enfance, de nombreuses bronchites qui se prolongeaient pendant des semaines ou des mois.

Il y a cinq mois, apparurent des troubles de l'appareil digestif, consistant surtout en anorexie, nausées, météorisme, sensation de poids et de douleur gravative dans l'hypocondre droit, avec de la céphalée. Ces douleurs augmentèrent d'intensité et devinrent si violentes, un mois après leur apparition, qu'elles occasionnaient des syncopes. La malade se coucha et fut prise de légers frissons. Pendant une courte durée son état sembla s'améliorer ; mais bientôt les symptômes s'aggravèrent : les fèces se décolorèrent, les urines deviennent rares et jaunes, la fièvre se

(1) In : « *Contributo alla Chirurgia del Fegato et della vie biliari.* »

déclare avec exacerbation vespérale, le ventre se ballonne en même temps que survient un amaigrissement rapide.

Le médecin qui la soignait avait diagnostiqué une occlusion du cholédoque due à la compression de ganglions tuberculeux rétro-péritonéaux. Il avait constaté une augmentation de volume du foie ; mais elle diminuait par la suite, autant que le météorisme et l'ascite permettaient de le constater. Il la traitait par l'iodure, tout en la maintenant à la diète lactée et lui faisait de la révulsion sur la paroi abdominale.

Mais le mal faisant des progrès, la malade réclama les secours de la chirurgie.

Considérablement amaigrie, la malade présentait un teint jaune-verdâtre. Les organes inter-thoraciques étaient soulevés par le déplacement du diaphragme. Pouls 120. Ventre ballonné, tendu, sonore, excepté au niveau de l'ombilic où l'on trouvait un peu de matité variable d'ailleurs avec les changements de position. L'hypocondre droit était douloureux, et les limites de la matité hépatique ne pouvaient être établies d'une façon très nette. Les fèces étaient décolorées, les urines rares : densité 1.022 ; 15,7 0/00 d'urée riche en pigments biliaires. Pas d'œdème des membres inférieurs.

On porte le diagnostic d'infection des voies biliaires avec sténose du cholédoque de cause inconnue et, quelques jours après lui avoir administré de la digitale, de la spartéine, de la morphine, on pratique la laparotomie sur le bord externe du grand droit.

L'incision s'accompagne d'une hémorragie assez forte et donne issue après des pressions exercées sur les hypocondres à 3 ou 4 litres d'un liquide limpide coloré par les pigments biliaires.

Le foie est dur ; son volume est normal ou à peine augmenté. La vésicule biliaire, médiocrement distendue, est fixée par des adhérences anciennes, d'ailleurs assez lâches.

La région de la tête du pancréas est occupée par une masse trilobée, d'une consistance voisine de celle d'une pierre.

L'extrémité du pylore faisant saillie dans le champ opératoire, on l'anastomose à la vésicule sans aucun tiraillement ; on le saisit entre les mors de deux pinces languettes courbées et on le fixe à la vésicule par une suture à trois plans, faite avec du catgut n° 0.

On pratique cette cholécystogastrostomie à cause du voisinage des deux organes, avec l'espoir d'assurer leur bon fonctionnement, sous l'inspiration des expériences de Oddi et du cas bien connu de Gersung.

Malheureusement l'observation ne pouvait aller plus loin. Une fois que les viscères anastomosés furent réduits, on laissa une compresse de gaze dans le cas où l'ascite apparaîtrait de nouveau.

Immédiatement après l'opération, le poulx devient plus fort et moins fréquent, mais bientôt il redevient petit et rapide. Le drainage pratiqué pendant 24 heures donne issue à un liquide de moins en moins coloré. La quantité d'urine le premier jour donnait 0 lit. 400.

Le jour suivant, l'adynamie augmenta et l'hypothermie apparut (35°2... 34°8), qui résista aux stimulants et aux injections de sérum intra-veineuses. La malade mourut le soir de ce même jour, c'est-à-dire le 8.

L'autopsie montra l'intégrité de la suture qui anastomosait l'estomac et la vésicule. Le foie criait sous le scalpel ; il contenait une petite quantité de bile dans les canaux. Le pancréas était gros, sclérosé, comprimant le cholédoque et rendant impossible le cathétérisme.

Il s'agissait probablement d'une cirrhose hypertrophique du foie compliquée d'une sclérose du pancréas ; décrite dernièrement par P. Carnot, chez les tuberculeux.

OBSERVATION VII (Jaboulay)

(Due à l'obligeance de M. Maurice Patet, interne des
Hôpitaux.)

*Ictère chronique. — Néoplasme de la tête du pancréas. —
Cholécystogastrostomie. — Survie de 14 mois.*

A. P..., cordonnier, âgé de 53 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 7, le 25 octobre 1898.

Son père est mort à 61 ans d'un néoplasme. Sa mère est morte probablement d'un néoplasme utérin. Deux sœurs mortes en bas âge. Personnellement, le malade n'a jamais eu de fatigues sérieuses. Il n'était pas marié.

Au mois de juin (il y a quatre mois), le malade commence à voir apparaître des troubles digestifs mal définis : diarrhée avec alternatives de constipation, inappétence ; pas de vomissements. Il se plaint, depuis cette époque d'une douleur répondant à la région épigastrique et aussi à l'hypocondre droit.

Il y a un mois, s'est installé progressivement un ictère avec les symptômes habituels. Actuellement, l'ictère est toujours très marqué, le malade a une teinte vert foncé, les selles sont décolorées, les urines ont une teinte acajou.

L'abdomen est souple, un peu douloureux à l'épigastre ; le foie est un peu hypertrophié ; il dépasse de deux travers de doigts le rebord costal ; la vésicule biliaire se perçoit difficilement, à cause du développement très prononcé des grands droits.

Le malade ne tousse pas, ne vomit pas ; il a un léger souffle asystolique au cœur. L'amaigrissement est assez marqué ; il n'ya pas de température.

Opération le 27 octobre 1898. — Incision médiane sus-ombilicale. Après ouverture du péritoine, on perçoit une tumeur irrégulière et dure sur la tête du pancréas. Le foie était semé d'ilots jaunâtres biliaires ; la vésicule était dis-

tendue, cachée sous le lobe droit du foie, qu'elle soulevait à droite de la ligne médiane.

La vésicule biliaire est ponctionnée au niveau de son fond; il s'écoule une bile noire, épaisse.

Une semblable incision est faite sur la paroi antérieure de l'estomac, au voisinage du pylore, plus bas que la petite courbure, pour éviter les vaisseaux.

Quatre rangées de suture, deux séro-séreuses, deux muco-muqueuses sont faites pour maintenir les deux organes au contact. Deux points complémentaires sont ajoutés aux deux extrémités.

Deux mèches de gaze sont placées pour drainer la région opératoire.

3 novembre. — Le malade n'a pas eu de température, *il n'a pas vomé*, son ictère a diminué considérablement; *les selles se sont colorées, les urines sont devenues claires*; il n'y a eu à aucun moment trace d'infection péritonéale.

5 novembre. — Les mèches sont enlevées.

15 novembre. — La situation du malade s'améliore, l'ictère a disparu presque en entier. Le malade quitte l'hôpital.

Il est mort quatorze mois après l'intervention; l'ictère n'était pas revenu.

OBSERVATION VIII

Obstruction néoplasique du cholédoque (1). — *Abouchement de la vésicule dans l'estomac.* — Par MM. Montagnon, médecin de l'Hôtel-Dieu, et Duchamp, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Mme X..., âgée de 55 ans, présente depuis cinq mois un ictère persistant.

Son père est mort de pleurésie à 64 ans et sa mère de

(1) *Loire Médicale*, 15 juin 1899.

sénilité à 78 ans. Huit frères et sœurs, dont deux morts, l'un, à 24 ans, de pneumonie, l'autre, à 44 ans, d'une affection aiguë. Elle a perdu son mari, il y a six ans, à 58 ans, d'un carcinome de l'estomac ; elle a constamment habité avec lui jusqu'à sa fin.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Elle a éprouvé un grand chagrin de la perte de son mari. Il y a deux ans, elle fut prise brusquement, dans la région hépatogastrique, d'une crise très douloureuse qui a duré une demi-journée ; elle ne peut en décrire les irradiations, mais elle se rappelle qu'elle a souffert beaucoup, étant obligée de se plier en deux pour atténuer sa douleur. Pas d'ictère consécutif.

Sa santé était bonne, lorsque vers la fin du mois d'octobre 1898, elle éprouva de nouveau, pendant trois heures environ, de fortes coliques dans le creux épigastrique, avec irradiation du côté du thorax. Deux jours après, nouvelle crise coliquative, avec mêmes caractères d'acuité et même durée. Quatre ou cinq jours après, elle s'aperçut d'un léger ictère avec décoloration des selles.

Depuis ce moment, premiers jours de novembre 1898, l'ictère s'est accentué.

Elle est examinée par l'un de nous (docteur M...) le 8 mars 1899. A ce moment, ictère intense qui occasionne un prurit intolérable. L'état général est bon ; elle a peu maigri et a conservé ses forces ; elle a de l'appétit, un état moral excellent, mais elle commence à s'inquiéter de la durée de son mal, qu'elle supporterait encore, n'étaient les démangeaisons terribles qui lui font se déchirer l'épiderme et la privent de sommeil.

La langue est saburrale par moments. Les selles sont complètement décolorées, mastic, nullement graisseuses ni huileuses ; les urines brun acajou, fortement bilieuses, présentent des traces d'albumine.

Pouls régulier : à 58 pulsations par minute.

A l'examen objectif : rien de particulier du côté de l'esto-

mac ni de l'abdomen, rate normale, le foie un peu abaissé a son bord tranchant à un travers de doigt des fausses-côtes. Pas de tuméfaction superficielle ou profonde ; *la vésicule n'est pas perceptible.*

L'épreuve du glycosé donne un résultat négatif.

En présence de ces symptômes, des anamnésiques, de la conservation de l'appétit et d'un bon état général, de l'effacement apparent de la vésicule, on songe à un calcul oblitérant le cholédoque.

Vers la fin du mois de mars, l'état s'est aggravé ; nous la voyons ensemble le 4^{er} avril et, après les mêmes constatations, nous maintenons le même diagnostic et proposons une intervention qui est acceptée.

Opération. — Elle est pratiquée le 5 avril avec l'assistance de MM. Henry et Moyroud, internes de l'Hôtel-Dieu.

Incision verticale sur le bord externe du muscle droit. Le péritoine ouvert, on aperçoit le foie d'aspect normal dont le rebord mince et tranchant, recouvre les viscères sous-jacents. On relève le bord du foie, et aussitôt se présente une grosse vésicule que cachait complètement le foie. Cette vésicule, de la grosseur d'une forte figue fraîche, est lisse et tendue. Pas de signe de péritonite de voisinage. On suit facilement le col de la vésicule et le cystique pour trouver le cholédoque distendu, du volume d'un pouce d'adulte ; le conduit est exploré jusqu'au duodénum sans qu'on perçoive un calcul ni même une induration appréciable.

A l'inspection de la vésicule, notre première pensée avait été, suivant les données classiques, que nous ne trouverions pas de calcul. L'examen du cholédoque jusqu'à son embouchure nous confirma dans cette opinion. La cause de l'obstruction doit siéger à l'extrémité du conduit (petit néoplasme de la tête du pancréas ou de l'ampoule de Vater ?) En tout cas, pas de calcul.

Nous nous décidâmes aussitôt à anastomoser la vésicule avec le tube digestif et nous choisîmes l'estomac, nous basant sur les bons résultats des anastomoses cysto-gas-

triques, relatées par Terrier, Jaboulay, etc. Limitant de part et d'autre l'estomac et la vésicule avec des pinces à estomac de Terrier, nous établîmes rapidement, avec deux plans de suture, une communication de 3 à 4 millimètres de diamètre, entre la vésicule et l'estomac. A l'ouverture de la vésicule fixée par une pince, s'étaient écoulées quelques gouttes d'un liquide clair, séreux, à peine teinté en couleur vert de gris.

Suture de la paroi abdominale à trois plans, à l'ordinaire.

Les suites ont été simples, apyrétiques. *Pas de nausées ni de vomissements.*

Ablation des fils le onzième jour. Réunion per primam.

Le rétablissement de l'écoulement biliaire a été rapide ; le cinquième jour, selle colorée.

L'ictère a commencé à diminuer le septième jour, pour n'être qu'à l'état de vestige au bout de quinze jours. L'urine s'est progressivement éclaircie. Le prurit a cessé très vite.

Dès qu'on a permis l'alimentation, les digestions ont été faciles sans provoquer le moindre malaise. Pas d'éructation ni de renvois bilieux.

Revue le 13 juin, plus de deux mois après l'opération, Mme X... est dans un état excellent : pas de troubles digestifs ni de vomissements. Elle déclare se trouver aussi bien qu'au moment où est survenu son ictère.

Cette observation prête aux considérations suivantes :

1° Une fois de plus est vérifiée cette loi générale suivant laquelle la dilatation de la vésicule et l'absence de péritonite péri-cystique, sont en faveur d'un néoplasme et non d'un calcul ;

2° L'abouchement de la vésicule dans l'estomac et, par suite, l'arrivée de la bile dans ce viscère, n'entravent pas les phénomènes digestifs, et ne déterminent ni vomissements bilieux, ni troubles appréciables.

Suite de l'observation :

Nous avons publié (1), dans le numéro du 15 juin de la *Loire Médicale*, une observation de cystogastrotomie pour oblitération du cholédoque par un cancer du pancréas. C'est la suite de l'histoire pathologique de notre malade que nous allons exposer.

Après l'opération du 5 avril 1899, Mme X... s'était rapidement rétablie ; pendant plusieurs mois, elle eut l'illusion d'une guérison complète. Cependant, dans les premiers jours de l'année 1900, ses digestions devinrent pénibles ; elle eut même quelques vomissements qui s'accrochèrent par la suite. Peu après, l'ictère, qui n'avait pas reparu, se montra ; cet ictère s'accrochait rapidement, et, avec lui, revint le prurit qui avait déjà si fort incommodé notre malade.

Nous revîmes Mme X..., ensemble, le 20 mars 1900. L'ictère était foncé, les selles décolorées, l'urine acajou. De plus, nous constatâmes une forte dilatation de l'estomac qui n'existait pas l'année précédente.

La grande courbure descendait à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic : le clapotage était manifeste. La rétention était confirmée par le cathétérisme qui ramenait des aliments ingérés trois jours auparavant.

Nous retrouvions donc notre malade avec de l'ictère comme la première fois et, par surcroît, avec de la sténose pylorique ou duodénale.

Il était facile de supposer la cause de cette sténose. Nous savions qu'il existait un cancer de la tête du pancréas ; l'extension du néoplasme expliquait tout. Mais pourquoi l'ictère était-il revenu ? Le foie n'était ni trop gros ni bosselé ; nous formulâmes plusieurs hypothèses, dont la plus probable était la formation d'un noyau cancéreux au niveau de la vésicule ou du canal hépatique.

(1) *Loire Médicale*, 15 novembre 1900.

La malade déclinant rapidement, nous proposâmes une intervention qui fut acceptée. Elle fut pratiquée le 21 mars 1900.

L'incision faite sur la ligne médiane, découvrit un estomac dilaté, une vésicule distendue, et, reliant ces deux réservoirs, *un cordon plein* de trois millimètres de longueur et de même épaisseur. Pas de noyau cancéreux. La bouche cysto-gastrique s'était retrécie et oblitérée. Nous la rétablîmes aussitôt en avant du cordon plein qui forma l'angle postérieur de la nouvelle anastomose à laquelle on donna un centimètre de longueur.

Le doigt porté dans la région pylorique, constata la présence d'une masse dure englobant le duodénum et la tête du pancréas ; c'était là la cause de notre sténose. Pour y remédier, nous pratiquâmes une anastomose gastro-jéjunale postérieure, trans-mésocolique (procédé de von Hacker) ; pour plus de rapidité, nous plaçâmes un bouton de Murphy modifié par Villard. Réunion par trois plans de sutures.

Les suites de l'intervention furent simples ; il n'y eut plus de vomissements et la malade put s'alimenter ; l'estomac parut diminuer nettement de volume. D'autre part, les selles se colorèrent rapidement (5^e jour) ; l'ictère disparut peu à peu. Mais, malgré ces conditions favorables, l'état général ne se releva pas, et, tout en s'alimentant et ne souffrant pas, la malade s'éteignit lentement (le 5 mai).

Pas d'autopsie.

Réflexions. — Nous avons établi une anastomose un peu étroite entre la vésicule et l'estomac, pour éviter le passage dans la vésicule des matières alimentaires. L'inconvénient de cette pratique est la possibilité de l'oblitération de l'anastomose quand la survie est longue. Il semble donc, que pour éviter un danger, on en court un plus sérieux et qu'il faille établir une large communication entre la vésicule et l'estomac, pour éviter qu'elle ne se retrécisse et finalement ne s'oblitére comme nous l'avons constaté.

OBSERVATION IX (Piqué) (1)

*Communication à la Société de Chirurgie, séance du
30 mai.*

« Le deuxième cas présente un intérêt plus grand : c'est un homme de 33 ans.

« La première opération date du 18 juin 1899 ; elle fut pratiquée par moi à la Pitié, avec l'assistance précieuse de M. le professeur Berger, pour un ictère chronique, dû à un calcul du canal cholédoque. Le malade présentait d'ailleurs depuis plusieurs années des accidents graves de lithiase biliaire.

« L'opération montra une vésicule peu distendue à parois très épaisses. L'incision permit l'exploration des voies biliaires à l'aide d'une bougie l'Hégar et le refoulement du calcul jusque dans le duodénum. Fixation de la vésicule à la peau.

« L'ictère a disparu complètement, mais il persiste une fistule qui donne une quantité énorme de bile.

« Chaque jour le malade en rend une quantité variable, d'après les pesées précises : de 600 à 1.000 grammes.

« L'état général reste excellent et les fonctions digestives parfaites. Le malade a engraisé.

« Le 28 juin 1899, avec l'assistance de M. Berger, je pratique une anastomose de la vésicule et de l'estomac, ne pouvant en raison des adhérences l'établir avec le duodénum.

« Cette anastomose s'oblitéra et la fistule persista. C'est alors que je me décidai, le 5 mai, à pratiquer chez le ma-

(1) *Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 30 mai 1900.

lade, comme chez la précédente, la résection de la vésicule biliaire. Je suivis le même procédé et je vous présente aujourd'hui le malade complètement guéri. »

Il est regrettable que la fistule cutanée n'ait pu être fermée. Si la bile n'avait pu fuir librement vers la peau, les tuniques de l'estomac se seraient moins facilement resserrées. Néanmoins, les onze mois de fonctionnement de la fistule gastrique sont un bon plaidoyer en faveur de la cholécystogastrotomie.

OBSERVATION X (Jaboulay)

Ictère chronique datant d'un mois. — Distension de la vésicule biliaire. — Cachexie. — Cholécystogastrotomie. — Néoplasme de la tête du pancréas. — Mort quatre mois après. (Communiquée par M. Maurice Patel.)

Ch... J.-B., âgé de 42 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. le docteur Drivon, salle Saint-Bruno, le 31 octobre 1899, pour un ictère datant d'un mois.

Dans ses antécédents héréditaires, voici ce qu'on relève : père mort d'affection indéterminée, mère bien portante. Une sœur en bonne santé. Un frère mort à 32 ans de maladie inconnue.

Personnellement, le malade est marié, deux enfants actuellement vivants et bien portants ; deux autres morts en bas âge. Pas de rhumatisme articulaire aigu, pas de syphilis, pas de signes de tuberculose. Fièvre typhoïde à l'âge de 34 ans.

L'affection actuelle date d'un mois, son début a été brusque ; le malade se leva comme d'habitude, alla à son travail, lorsqu'à 2 heures de l'après-midi il fut pris soudainement, au niveau de l'épigastre, d'un point douloureux qui s'installa progressivement et augmenta les jours suivants.

Le malade ne raconte rien qui ressemble à une colique

hépatique, ni vomissement, ni irradiation typique. Ce point douloureux siégeant à l'épigastre le gênait beaucoup, mais ne l'empêcha pas de travailler.

Dix-sept jours après, la douleur diminua, et il devint jaune assez rapidement, ses matières se décolorèrent et ses urines devinrent foncées.

Le malade entre à l'hôpital parce qu'il est jaune, qu'il est faible et qu'il souffre du ventre.

À l'entrée, on constate une teinte jaune assez marquée ; les muqueuses et les téguments sont d'une teinte safran ; les matières sont blanches comme de la neige, dit-il, et les urines sont ictériques.

L'abdomen est souple et se laisse facilement explorer.

Le foie est gros ; il dépasse les fausses côtes d'un travers de doigt. Son bord est difficilement perceptible ; il n'est pas dur.

La vésicule est distendue, on la sent derrière le muscle grand droit ; son fond dépasse une ligne horizontale passant par l'ombilic d'un centimètre environ. La sensation que l'on a est très nette, c'est une masse rénitente en battant de cloche, à fond arrondi, de la grosseur d'une petite orange et très mobile, avec des mouvements respiratoires.

La rate n'est pas perçue.

Le cœur bat dans le cinquième espace, lentement : il se plaint d'avoir la bouche empâtée ; il a du reste un peu de stomatite ulcéreuse, surtout vers la dernière molaire gauche.

9 novembre. — Le malade a une vive douleur à l'épigastre, douleur qui a duré plus d'une journée.

5 décembre. — Malgré le traitement médical, la teinte ictérique persiste, le malade s'amaigrit.

La vésicule est toujours grosse. Le malade est évacué salle Saint-Louis, service de M. Jaboulay.

Opération le 18 décembre 1899. — Anesthésie à l'éther, incision médiane sus-ombilicale.

Après ouverture du péritoine, l'exploration de l'abdomen

montre au niveau du duodénum, à la place du pancréas, une tumeur volumineuse, bourgeonnante ; il s'agit d'un néoplasme pancréatique.

Il ne saurait être question d'une opération radicale, et pour remédier à la rétention biliaire, la vésicule est abouchée à l'estomac. Le fond de la vésicule effleure la petite courbure de l'estomac ; le contenu de la vésicule est extrait au moyen d'une ponction faite au niveau du fond.

Une ponction semblable est faite sur la face antérieure de l'estomac, un peu plus bas sur la petite courbure, à 4 ou 5 centimètres du pylre. Les deux organes sont rapprochés et réunis par quatre rangées de suture au calgut.

26 décembre. — Huit jours après l'opération, l'ictère a un peu diminué, les urines se sont éclaircies, les matières sont un peu colorées. *Il n'y a pas eu de vomissements.*

Le malade quitte l'hôpital au mois de janvier, l'ictère persiste toujours, quoique atténué ; l'appétit est un peu revenu.

Le malade est mort au mois d'avril, c'est-à-dire plus de quatre mois après l'intervention ; l'ictère n'avait pas disparu. *Il n'y avait jamais eu de vomissements bilieux.*

OBSERVATION XI

(Due à l'obligeance de M. le professeur Lejars (Inédite).

Occlusion chronique du canal cholédoque. — Néoplasme de la tête du pancréas. — Cholécystogastrotomie.

B... Jean, 44 ans, fumiste, entre à l'hôpital Tenon, le 18 janvier 1900, dans le service du docteur Duflocq.

Il est très amaigri, très cachectique ; il est malade depuis deux ans. Jusqu'à cette date il n'a pas de passé morbide, pas d'antécédents qui vaillent la peine d'être relevés. Il est père de sept enfants, dont trois sont morts en bas âge.

Pas de syphilis. Il buvait 2 à 3 litres de vin par jour, 3 à 4 absinthes et 2 ou 3 autres apéritifs par semaine.

Il commença à tousser pendant l'hiver, il y a deux ans, puis il perdit ses forces et, en avril, il fut contraint de cesser de travailler. A la même époque il devint jaune progressivement et cet ictère dura un mois.

Après un traitement, qu'il précise mal, une amélioration survint ; il reprit l'appétit, qui fut même exagéré pendant un temps. Et sa santé resta ainsi chancelante et irrégulière.

Il y a trois semaines, l'affaiblissement s'accusa de nouveau, l'amaigrissement devint rapide ; il dut s'aliter. Depuis douze jours, l'ictère a reparu ; de plus la toux a repris une fréquence et une ténacité nouvelles. Ajoutons qu'il avait craché du sang rouge, il y a 10 ou 15 ans, et que depuis longtemps il est sujet aux épistaxis, se reproduisant tous les mois, tous les deux ou trois mois.

L'ictère est foncé, jaune doré, les selles décolorées. Diarrhée, pas de vomissements. La langue est blanche, très sale ; l'appétit pourtant est en partie conservé.

La température ne dépasse pas 37°9 ; les urines sont rares, très colorées, albumineuses, pas de sucre. Le pouls oscille de 84 à 88, irrégulier, inégal.

Disons tout de suite qu'on trouve aux deux sommets pulmonaires de la submatité, de la respiration rude et des râles humides.

L'examen de la région hépatique montre que le foie est gros, que le lobe gauche surtout paraît très développé et aussi très dur. Le palper est douloureux dans la zone sous-hépatique, et à ce niveau on sent une masse indurée vaguement arrondie, de limites imprécises, mais qui semble avoir pour centre la vésicule biliaire.

La rate est volumineuse.

Le 27 janvier, on fait absorber au malade 50 grammes de beurre : le lendemain les selles sont vertes avec de la stéatorrhée.

Depuis son entrée dans le service de médecine, l'état du malade s'aggrave encore, l'amaigrissement se prononce de plus en plus, l'ictère devient plus foncé. Bien que l'auscultation révèle des lésions pulmonaires non douteuses qui doivent avoir leur part dans cette déchéance générale, il semble que les accidents hépatiques et les conséquences de l'arrêt biliaire y jouent pourtant le principal rôle. Mon collègue, M. Duflocq, me montre le malade et bien que l'avenir immédiat soit très compromis, nous croyons devoir lui laisser encore la ressource d'une intervention.

La laparotomie est pratiquée le 4 février 1900, en présence du docteur Duflocq, sur le bord externe du muscle droit, du côté droit. Je découvre tout de suite, après avoir traversé une paroi émaciée et jaunie par la bile, la face convexe du foie, abaissée et de coloration violacée, sur le bord antérieur, j'aperçois la vésicule encapuchonnée d'une nappe de fausses membranes qui se prolongent sur l'angle du côlon et qui transforment toute la zone sous-hépatique en une sorte de gâteau compact et adhérent.

Peu à peu, en m'aidant du doigt et des ciseaux courbes, je décortique la face inférieure de la vésicule jusqu'au canal cystique et à l'origine du pédicule hépatique ; elle est de volume moyen comme une poire, et de paroi grisâtre. Il est impossible de pénétrer dans l'hiatus de Winslow, absolument obturé et dont les lèvres sont soudées l'une à l'autre par du tissu fibreux, dur ; mais l'exploration faite sur le bord externe et la face antérieure du pédicule hépatique ne révèle aucune induration ressemblant à un calcul ; plus bas, au niveau de la tête du pancréas, je découvre plusieurs grosses bosselures, épaisses, compactes, certainement néoplasiques.

Je cherche d'abord à relever une anse proche jusqu'au contact de la vésicule pour faire une cholécystentérostomie ; mais la nappe étendue d'adhérences et l'induration de toute la région m'empêchant d'amener jusqu'au-dessous du foie une anse assez élevée. Je prends alors le parti d'aboucher

la vésicule dans l'estomac. Elle se laisse facilement accoler à la paroi gastrique antérieure dans la région pré-pylorique: un premier surjet postérieur la réunit à l'estomac, puis les deux cavités sont ouvertes sur une longueur de 2 centimètres, le pourtour des deux orifices adossé circulairement et l'anastomose complétée par un surjet séro-musculaire antérieur. Il n'y a aucune tension: L'abdomen est fermé.

La première journée fut mauvaise, température 36°, pouls petit, grande faiblesse. Injections sous-cutanées de sérum artificiel.

Le lendemain, la température redevient normale, le pouls assez bon. *Il n'y avait pas de vomissements*, pas d'accidents péritonéaux; mais la dépression restait si marquée, le facies si terreux et si maigri qu'il était difficile de ne pas croire à un dénouement prochain.

De fait, sans nouveaux phénomènes, le malade s'éteignit le 4 février.

L'autopsie montra que l'orifice gastro-vésiculaire était très perméable et laissait aisément passer le doigt; la ligne circulaire de réunion était intacte; aucune trace de réaction inflammatoire; la tête du pancréas était occupée par une grosse masse cancéreuse formant un bloc adhérent qui encastrait et oblitérait complètement la portion terminale du cholédoque.

OBSERVATION XII (Jaboulay)

(Due à l'obligeance de M. Patel.)

Ictère chronique. — Température. — Néoplasme de la tête du pancréas. — Cholécyctogastrotomie.

S... J., âgée de 63 ans, marchande d'oranges, entre à l'hospice Saint-Pothin, salle Sainte-Marie, service de M. le docteur Roque, le 18 juillet 1900.

La malade ne connaît rien de ses antécédents héréditaires ou familiaux.

Personnellement, bonne santé habituelle, sauf une fièvre typhoïde contractée il y a trente ans. La malade s'enrhume quelquefois l'hiver ; elle est devenue cyphotique depuis plusieurs années. Ethylisme assez accusé.

Pas d'enfants, pas de passé génital.

L'affection actuelle a débuté, il y a un mois et demi ; à cette époque, elle eût une angine avec état fébrile grave, troubles digestifs, diarrhée. Il y a quinze jours, en même temps que la diarrhée cessait, survenait un ictère qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital.

A son entrée, on constate une teinte jaune or des téguments généralisée ; les muqueuses conjonctivale, palatine, sont colorées, pas de prurit.

La malade a du dégoût pour les aliments, des vomissements fréquents, bilieux et alimentaires.

Diarrhée actuellement avec selles blanchâtres. Ces troubles digestifs sont beaucoup moins marqués qu'il y a quelques jours.

La malade a une sensation de lassitude, de la courbature, elle a maigri beaucoup. Sa température est normale.

Examen. — L'abdomen est souple, non météorisé.

Le foie est normal, non hypertrophié, non douloureux.

La vésicule ne se sent pas.

La rate est normale, la palpation est un peu douloureuse.

Le cœur est normal, à droite seulement les bruits sont un peu retentissants ; le pouls est régulier, non ralenti.

Le thorax est cyphotique. On a quelques signes d'emphyse avec des râles de bronchite, pas de localisation.

Les urines sont foncées, acajou, et présentent nettement la réaction de M. Gmelin.

Le 2 août, l'ictère est plus foncé.

Le 9 août, la vésicule se perçoit très nettement, dépassant le bord inférieur du foie.

Le 20 août, la malade a de la température, 38°6, son ictère se fonce, l'amaigrissement est plus marqué.

Une intervention est décidée et la malade est transportée

à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, service de M. Jaboulay. La température s'est maintenue à 38°5 d'une façon continue.

Opération. — Le 30 août 1900, Incision médiane sus-ombilicale.

Après ouverture de la séreuse, on constate dans l'anse duodénale une tumeur du volume du poing au niveau du pancréas. La vésicule, très distendue, touche à la face antérieure de l'estomac. Une ponction est faite au fond de la vésicule, il s'écoule un liquide épais, noir.

Par l'orifice de la ponction, qui ne mesure guère plus d'un centimètre, on introduit la moitié du bouton de Jaboulay-Lumière ; la face antérieure de l'estomac, un peu au-dessous de la petite courbure, est ponctionnée de même ; l'autre moitié est introduite, l'anastomose se fait facilement.

L'opération a duré dix minutes.

9 septembre. — La malade va très bien, la température a cédé immédiatement après l'opération, *il n'y a pas eu de vomissements* ; l'ictère est moins accusé.

15 septembre. — L'ictère est en voie de disparition, la malade se lève, elle a retrouvé des forces, elle s'alimente.

2 octobre. — L'ictère a complètement disparu, il ne reste qu'une légère teinte des conjonctives, l'état général s'améliore.

4 novembre. — Nous rencontrons la malade dans la rue, elle nous dit se porter très bien et nous assure qu'elle a engraisé ; il nous le semble aussi.

15 décembre. — Elle rentre à l'hôpital et y meurt quelques jours après.

La fin de l'observation est donnée par la communication suivante :

« M. Patel, interne des Hôpitaux, présente, au nom de M. Jaboulay, les pièces provenant de l'autopsie d'une femme à laquelle une cholécystogastrotomie a été faite, il y a quatre mois, pour néoplasme du pancréas avec ictère chronique. La malade a été présentée à la Société des Sciences médicales, au mois de novembre. Elle allait très bien,

avait même engraisé de 4 kilog. Elle entra à l'hôpital, il y a trois semaines, avec des signes de cachexie assez marquée, survenue très rapidement, et avec des symptômes de sténose duodénale ; l'intolérance gastrique était complète ; les vomissements étaient fréquents et contenaient beaucoup de bile.

« M. Jaboulay posa le diagnostic de sténose duodénale, due à l'envahissement du duodénum par le néoplasme, et songea à la possibilité d'une gastro-entérostomie qui ne fut pas pratiquée en raison de la cachexie extrême de la malade. On se contenta de lavements alimentaires, mais la malade fut emportée par les progrès de la cachexie.

A l'autopsie (1) on put constater qu'il s'agissait bien d'un cancer du pancréas, localisé à la tête de l'organe, ayant même altéré la paroi duodénale ; l'ampoule de Vater était dure, comblée par le néoplasme.

L'estomac était énormément dilaté ; il occupait tout l'abdomen et contenait une quantité considérable de bile et de débris alimentaires.

Il existait une sténose très étroite au niveau de la première portion du duodénum, l'intestin grêle était bien effacé le pylore était béant. Ces mêmes adhérences néoplastiques enserraient le colon transverse, au niveau de son angle cystique ; le colon descendant, l'iliaque étaient considérablement réduits de calibre.

L'anastomose de la vésicule biliaire avec l'estomac était en parfait état ; les deux organes étaient unis par des replis péritonéaux solides ; on ne put les séparer, même avec des tractions relativement fortes. La vésicule était allongée ; elle mesurait 20 centimètres depuis le hile du foie jusqu'à l'estomac ; elle paraissait effilée ; son orifice admettait une sonde du calibre d'un gros porte-plume, l'anastomose fon-

(1) Voir la figure page 142.

lionnait très bien, et la bile ne cessait de s'écouler dans l'estomac. Le bouton anastomotique séjournait dans l'estomac. M. Jaboulay avait employé le bouton qu'il a décrit récemment ; les deux parties étaient étroitement serrées ; son fonctionnement avait été parfait ; la présence d'un rétrécissement du duodénum au début suffit à expliquer son séjour dans l'estomac.

Le cholédoque était dilaté au-dessus du duodénum. Le foie était hypertrophié, grumeleux, jaunâtre, présentait les caractères d'une cirrhose biliaire. Ganglions mésentériques.

Pas d'autres généralisations ; les autres organes étaient sains, sauf les poumons qui présentaient de la congestion avec quelques foyers purulents.

Cette autopsie est intéressante en ce sens qu'elle permet de se rendre compte du fonctionnement de la nouvelle bouche cholécysto-stomacale.

OBSERVATION XIII (Krumm) (1)

Cancer de la tête du pancréas avec obstruction du canal cholédoque. — Rétention biliaire. — Cholécystogastrotomie. — Survie : 7 semaines.

Le nommé W... H., âgé de 57 ans, forgeron, entre à l'hôpital, le 22 octobre 1900.

Antécédents. — Un frère du malade a eu la jaunisse, par la suite mort de tuberculose. Un autre frère mort de tuberculose pulmonaire.

Le malade lui-même n'a auparavant jamais eu de maladie grave. Pas d'alcoolisme, pas de syphilis.

Au commencement d'avril 1900, il ressentit des tiraille-

(1) *Muenchener Medicinische Wochenschrift*, 21 mai 1901.

ments douloureux au niveau de la région épigastrique ; ces douleurs s'irradiaient jusque dans le dos. A la fin du mois d'août, ictère.

Depuis cette époque jusqu'à la fin de septembre, H... fut traité sans succès à l'hôpital : eaux de Carlsbad, cataplasmes, etc. On trouvait à cette époque, coïncidant avec une température normale et un pouls légèrement ralenti, une teinte ictérique très prononcée avec une décoloration complète des fèces et une coloration très foncée des urines. Le foie était un peu augmenté de volume ; au niveau de la vésicule biliaire, on constatait l'existence d'une petite tumeur arrondie, indolore. L'appétit était diminué, la langue chargée. Léger amaigrissement.

On propose au malade une opération qu'il refuse. A la fin de septembre on le renvoie chez lui pour y poursuivre son traitement.

A son retour à l'hôpital, 22 octobre, l'ictère est beaucoup plus intense. Rien aux poumons ni au cœur. Température se maintenant le plus ordinairement au-dessous de 37°. Pouls ralenti. Foie très hypertrophié. Au niveau de la vésicule biliaire on trouve une tumeur, de trois travers de doigt de largeur environ, facilement mise en évidence par la percussion, rénitente, arrondie, indolore, nettement délimitée en bas. Nous l'avons prise pour la vésicule hypertrophiée. Rien du côté de l'estomac. Appétit mauvais. Les fèces sont complètement décolorées. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre, mais elles sont riches en pigments biliaires. Pas d'hypertrophie de la rate. Le ventre est mou, non douloureux.

Sensation de prurit extraordinairement intense, ne laissant pas un moment de repos au malade pendant le jour, l'empêchant de dormir pendant la nuit, malgré la morphine.

Cette fois, il demande à être opéré, pour être délivré de ces violentes démangeaisons.

Bien que, d'après le début de l'affection, on put penser à

une occlusion par des calculs, je fis cependant le diagnostic de *tumeur du pancréas avec compression du canal cholédoque et dilatation de la vésicule biliaire*. Je fus amené à faire ce diagnostic en raison du léger degré d'amaigrissement et de la non intermittence de l'affection, ainsi que de l'état de la vésicule biliaire qui me paraissait fortement dilatée.

.....

Je pensais qu'il n'était pas superflu d'insister sur ces considérations diagnostiques, puisqu'elles confirmaient les faits décrits pour la première fois par Courvoisier.

Revenons à notre observation :

Le 24 octobre, après anesthésie au chloroforme, j'ouvre la cavité abdominale par une incision transversale de 15 centimètres, passant au-dessous de l'arc costal. La vésicule biliaire, très hypertrophiée, dont les parois sont très amincies, se trouve immédiatement sous la main. Le cholédoque est également dilaté. Pas d'adhérence.

Au contraire, je trouve au niveau de la tête du pancréas une tumeur assez grosse, ferme et résistante. On ne sent pas de calculs ni dans la vésicule ni dans les canaux excréteurs.

Le duodénum étant fixé à la tumeur du pancréas par des adhérences solides qui l'empêchaient d'être attiré vers la vésicule ; comme, d'autre part, il aurait été malaisé d'aller à travers mon incision à la recherche d'une anse élevée de l'iléon ; comme en outre la *région pylorique de l'estomac était directement en rapport avec la vésicule biliaire et qu'il était facile de rapprocher au contact ces deux organes*, je tentai l'anastomose de la région pylorique de l'estomac avec le fond de la vésicule biliaire. Cette réunion fut faite sur une étendue de 1 cent. $\frac{1}{2}$ à 2 centimètres environ, de la même manière que dans la gastroentérostomie, avec un seul fil de soie très fin, en double rangée de sutures. La

mise en place du fil fut assez difficile par suite de la stase considérable de la bile, qui, principalement à l'occasion des mouvements respiratoires, faisait issue hors de la vésicule et des canaux dilatés et venait inonder le champ opératoire. J'eus une difficulté pour l'exécution de la suture tenant à la disproportion qui existait entre la paroi relativement épaisse de l'estomac et celle très amincie de la vésicule biliaire.

Après avoir pratiqué l'anastomose, je nettoyai tout le champ opératoire de la bile qui l'avait envahi, à l'aide de tampons. La réunion de la vésicule biliaire à la paroi antérieure de l'estomac était effectuée sans qu'il y ait de tiraillements. Suture en étages de la plaie abdominale. Drainage en un seul point de la plaie à l'aide d'une mince bande de gaze iodoformée (précaution, du reste, heureusement superflue).

Le résultat, abstraction faite d'une légère paralysie consécutive à la narcose, fut aussi favorable que possible. La température ne monta pas au-dessus de 37°2 ; *pas de vomissements* ; le troisième jour après l'opération, et sous l'action de l'huile de ricin ; on enlève la gaze de drainage, et on enlève le pansement au cinquième jour : pas de réaction au niveau de la plaie ; on enlève la gaze de drainage, et on en place une autre très superficielle. Le seul phénomène à noter fut une crise de hoquet, qui céda à une injection sous-cutanée de morphine.

Les conjonctives perdirent leur coloration jaune ; les urines devinrent moins foncées ; et petit à petit, dans le cours des semaines suivantes, la peau elle-même perdit sa coloration ictérique. *L'appétit s'améliora considérablement* et l'état général se releva un peu, mais très peu. La coloration jaune cachectique de la peau fit place peu à peu à une teinte plus cendrée, plus grise. *Le prurit avait disparu après l'opération et ne se manifesta plus.*

La plaie ne guérit que lentement ; après trois semaines

la cicatrisation superficielle n'était pas encore obtenue. Pendant la cinquième semaine qui suivit l'opération, diminution des forces du malade qui, progressivement, se cachectisa de plus en plus et mourut au cours de la septième semaine.

L'autopsie montra qu'il existait, outre une légère ascite, une tumeur de la tête du pancréas, de la grosseur du poing environ et qui produisait une obstruction complète du cholédoque, au point qu'on ne put y passer une sonde ordinaire. Dans le foie se trouvaient quelques tumeurs métastatiques sous forme de petits noyaux. Le fond de la vésicule biliaire est solidement uni à la face antérieure de l'estomac. Pas d'inflammation de la vésicule biliaire : l'anastomose avec l'estomac donne facilement passage à une grosse sonde. Fendus, les canaux cystique et cholédoque sont à peine dilatés. Dans sa dernière portion le cholédoque sur une longueur de 1 centimètre à 1 cent. 1/2 pénètre dans la tumeur. A ce niveau il est tellement rétréci qu'on ne peut que difficilement trouver son orifice terminal, après l'introduction d'une sonde très fine par l'ampoule de Water.

La portion moyenne et la queue du pancréas sont normales, la tête est entièrement envahie par la tumeur. La muqueuse stomacale n'est pas enflammée.

L'examen histologique de la tumeur et des noyaux métastatiques du foie a révélé qu'il s'agissait d'un carcinome.

L'opération pratiquée dans le cas précédent ne l'a été que très rarement jusqu'ici. En réunissant les cas d'opérations palliatives pour tumeurs du pancréas avec obstruction du cholédoque — communication au 13^e Congrès International de Paris — M. T. Baequel ne rapporte en tout que quatre cas de cholécystogastrostomie. Il ajoutait que l'amélioration et le succès, comme dans la cholécysto-entérostomie, n'ont été que passagers. En ces derniers temps, cette opération fut vivement recommandée par Massé et Cannac à la suite d'une série d'expériences réalisées sur des chiens.

Cannac va même jusqu'à donner la préférence, dans tous les cas, à la cholécystogastrostomie sur la cholécysto-entérostomie.

« Aussi Quénu entreprit avec plein succès une cholécystogastronomie dans un cas d'ictère chronique.

Jaboulay recommande cette opération dans les cas de tumeurs du pancréas, cas présenté par notre malade.

« Dans toutes ces opérations on n'a jamais observé aucun inconvénient consécutif au déversement de la bile dans l'estomac ; dans notre observation, la fistule créée par l'anastomose a fonctionné d'une façon remarquable dès le premier jour. »

Quand bien même on mettrait en doute que la vie du malade ait été prolongée par l'opération, en remarquant toutefois que, par suite du refus du malade de se prêter à une intervention, celle-ci a été trop tardive, il n'en reste pas moins que, par l'opération, le malade fut complètement délivré de ses pénibles douleurs et que la vie lui fut rendue supportable jusqu'à la fin.

En somme, je me crois autorisé à recommander la cholécystrogastrostomie (que je considère comme de même valeur que la cholécysto-entérostomie), dans tous les cas où la création d'une anastomose entre la vésicule biliaire et le duodénum n'est pas possible.

OBSERVATION XIV (Jaboulay)
(Personnelle)

Ictère chronique. — Cancer du pancréas. — Cholécystogastrostomie. — Mort.

Le nommé T... Célestin, 64 ans, célibataire, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 décembre 1900.

Aucuns antécédents, ni héréditaires ni personnels. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Il ne se souvient pas d'avoir eu

autrefois de l'ictère, non plus que des phénomènes douloureux pouvant rappeler des coliques hépatiques.

Au mois de janvier il commença à se sentir mal à l'aise. Quelques vagues troubles digestifs mal définis consistant en inappétence, régurgitations acides, flatulences, maux de tête, etc., accompagnés de périodes de constipation suivies de diarrhée, le menèrent jusqu'au mois de juillet. Le 11 de ce mois, comme ces symptômes, loin de s'atténuer, déterminaient en s'aggravant un état précaire dont le malade avait beaucoup maigri, il rentra à l'hôpital Saint-Pothin, service de M. Roques.

Il y était depuis deux mois quand il ressentit un jour des douleurs assez vives dans les lombes et à l'épigastre. Il remarqua en même temps que ses urines étaient foncées, très épaisses. Puis ces douleurs s'accrochèrent les jours suivants, elles devinrent très sensibles à la pression dans l'hypocondre droit, et vers le quatrième jour un ictère léger apparut.

Cet ictère l'envahit rapidement. Les selles du malade furent décolorées, blanches, mastic, les urines foncées, et un prurit incommode ne tarda pas à le faire souffrir. Parallèlement, les troubles digestifs s'accrochèrent et bientôt T... se rendit compte qu'il maigrissait très rapidement. Au 11 juillet, il pesait 78 pilog., au 3 décembre, 57 seulement.

A cette date, il quitte l'hôpital Saint-Pothin et entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Jaboulay.

Il présente à ce moment les symptômes suivants :

Ictère généralisé très foncé, presque olive ; cachexie avancée, avec un facies abattu, épuisé.

La matité hépatique est un peu abaissée. Au niveau de la vésicule on perçoit une tumeur bien arrondie, dure, débordant de beaucoup le bord inférieur du foie. La palpation profonde donne une sensation d'empatement dans le voisinage mais on ne sent pas nettement de néoplasme.

A signaler de nombreux ganglions volumineux au pli de l'aîne à droite.

Les fèces sont décolorées, mastac ; urines biliaires, un peu d'albumine, pas de sucre.

Depuis huit jours environ, vomissements abondants qui incommode et fatiguent beaucoup le malade. Prurit intense, surtout la nuit.

Pouls faible et lent : rien au cœur.

Devant cet état, M. Jaboulay pose le diagnostic d'occlusion du cholédoque par cancer du pancréas et une intervention est décidée.

Opération. — Elle est faite le 5 décembre. Laparatomie sus-ombilicale médiane. Distance de l'appendice xiphoïde à l'ombilic très petite.

La vésicule apparaît énorme, distendue, noirâtre. Le foie est foncé, mais peu hypertrophié.

La vésicule est ponctionnée au trocart : il en sort un liquide noir, épais, visqueux : du véritable extrait de bile. Au bout de dix minutes, il en sort toujours autant, et la vésicule se réduit fort peu. M. Jaboulay agrandit un peu l'incision : de véritables flots jaillissent et l'on peut évaluer à plus d'un demi-litre la quantité qui s'écoule en quelques instants. Le bouton mâle est alors introduit dans l'ouverture qui vient d'être faite, mais la paroi vésiculaire est friable et cède un peu : quelques points de suture remettent les choses en état. On a beaucoup de difficulté à les faire, car la bile sort toujours d'une façon surprenante de la vésicule qui commence enfin à pouvoir être mobilisée.

Le bouton femelle est appliqué sans peine à l'estomac. L'engrènement des deux parties est fait et M. Jaboulay par précaution assure l'anastome d'une couronne de points de Lembert au pourtour de l'appareil.

Un gros cancer du pancréas a été reconnu au cours de l'intervention.

Suture de la paroi abdominale, après une rapide toilette du péritoine où la bile a, malgré tout, coulé quelque peu.

Le soir, température 36°5.

Suites opératoires. — Nous voyons le malade le lendemain. Il paraît moins abattu, parle d'ailleurs plus facilement, et répond sans peine à nos questions, ce qu'il ne faisait pas la veille.

Il y a eu deux vomissements légèrement teintés d'un peu de sang, mais constitués surtout par de la bile identique comme aspect à celle que nous avions vu s'écouler la veille au cours de l'opération.

Le prurit a disparu ; le malade est gai, se sent mieux ; le poulx est du reste un peu meilleur.

Température, 36°1.

7 décembre. — T... est légèrement moins bien qu'hier. Il retombe dans son abattement. Le ventre est un peu douloureux, mais il n'y a pas de vomissements.

Nous prenons la température à 11 heures du matin : 36° ; nous causons avec le malade un instant et nous le quittons. A 2 heures son voisin de lit s'aperçoit avec surprise qu'il est mort. Il s'est éteint sans bruit, sans soupir et dans un tel calme que ses camarades l'ont tous cru endormi.

Que penser de cette observation ? A quoi attribuer la mort ? On s'est trouvé en présence d'un cancer du pancréas en fin d'évolution. Le sujet était très cachectisé, la bile s'est un peu répandue dans le péritoine : shock et péritonite se sont probablement unis dans ce dénouement funeste.

L'autopsie n'a malheureusement pas pu être faite, de sorte qu'il est impossible de dire comment l'anastomose s'était comportée.

En somme, dans ces quatorze observations, nous relevons cinq décès au lendemain de l'opération : nous

les discuterons tout à l'heure; les neuf cas heureux offrent une survie variant de sept semaines à quatorze mois.

Or, chez ces derniers opérés, on n'a *jamais vu le moindre vomissement, le moindre trouble digestif*. Cette constatation est faite par quelques chirurgiens avec tant de fermeté, tant d'insistance, qu'elle paraît chez eux comme une sorte de défi jeté aux physiologistes :

1° Terrier (Obs. II). « En fait, ce malade que je tiens en observation, offre des digestions stomacales faciles, sans pesanteur d'estomac, sans régurgitations, sans vomissements; »

2° Duchamp (Obs. VIII). « L'abouchement de la vésicule dans l'estomac, et par suite l'arrivée de la bile dans ce viscère, n'entravent pas les phénomènes digestifs et ne déterminent ni vomissements biliaires, ni troubles appréciables; »

3° Krumm (Obs. XIII). « Dans toutes ces opérations, on n'a jamais observé aucun inconvénient consécutif au déversement de la bile dans l'estomac; dans notre observation la fistule créée par anastomose a fonctionné d'une façon remarquable dès le premier jour. »

Ce jugement est commun à tous les opérateurs et cliniciens, et la seule malade parmi les cholécystogastrostomisés que nous ayions pu observer de très près (Obs. XII) nous a déclaré plusieurs fois à nous-mêmes dans la rue, qu'elle n'avait jamais vomi, qu'elle « *ne sentait pas son estomac* ».

Nous n'insisterons pas : la simple lecture des observations que nous venons de donner est assez démons-

trative: l'objection physiologique de la cholécystogastrostomie est, semble-t-il, à tout jamais renversée.

Pourtant nous admettons qu'on puisse rencontrer parfois des vomissements bilieux à la suite de cette opération mais ils ne doivent pas être mis sur le compte de la fistule cholécysto-gastrique.

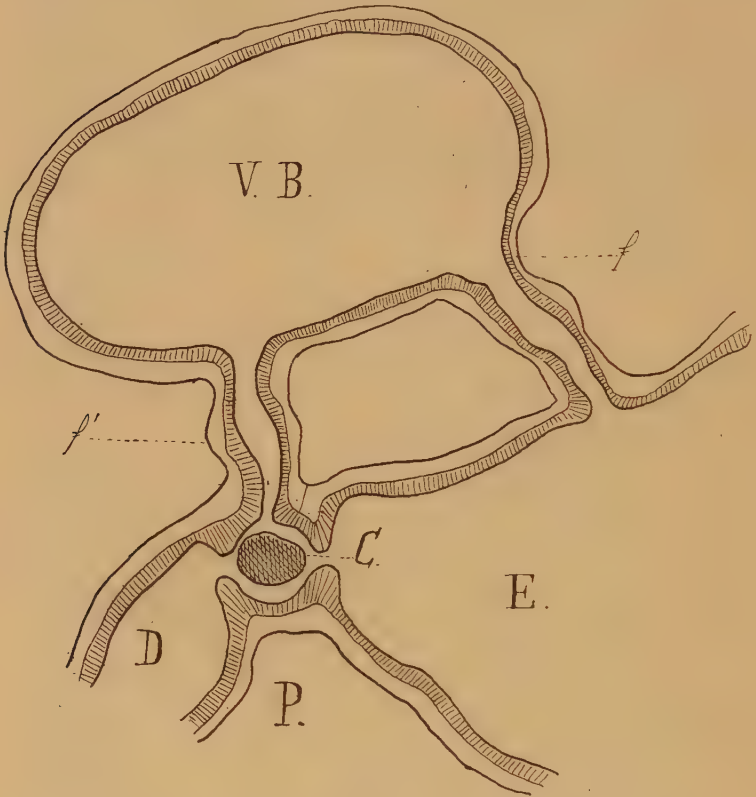


FIG. 4

Schéma d'un cas de cholécystogastrostomie spontanée

(MONPROFIT) in PANTALONI

LÉGENDE: E, estomac; V. B., vésicule biliaire; D, duodénum; P, pylore; c, calcul biliaire placé dans le pylore; f, fistule cholécysto-stomacale; f', fistule cholécysto-pylorique.

« Il faut bien remarquer, dit M. Jaboulay (1), que lorsque des vomissements de bile se produisent au cours par exemple d'une gastro-entérostomie, ils ne veulent pas dire dans la très grande majorité des cas simplement reflux de la bile dans l'estomac, ce qui est un phénomène habituel après les anastomoses gastro-jéjunales, mais bien *péritonite* ou *obstruction* résultant l'une et l'autre de l'opération. Et c'est en ce sens que ces vomissements comportent une gravité exceptionnelle et indiquent une nouvelle intervention.

« Les malades qui ont vomi de la bile meurent donc le plus souvent de péritonite qui, ici comme dans toute autre occasion, a provoqué ces rejets. Ils se produiraient de la même façon dans une cholécystogastrotomie mal faite insuffisamment suturée; *mais l'estomac ne rejette pas la bile qui est déversée dans sa cavité, si la séreuse péritonéale n'est pas infectée.* »

Voyons maintenant les fistules spontanées trouvées aux amphithéâtres. (Voir fig. 3, p. 64 et fig. 4, p. 138).

3^e FAITS PATHOLOGIQUES

Nous connaissons les cas de Beer (2), de Monprofit (3), de Nicholls (4) et de Lejonne et Milanoff (5).

(1) Jaboulay. *Lyon Médical*, 20 novembre 1898. De la Cholécystogastrotomie pour les tumeurs de la tête du pancréas.

(2) Beer. *Ein Fall von Magen-Gallenblasen-Fistel*. Kiel, P. Peters, 1896.

(3) Monprofit, in Pantolini. Chirurgie du Foie.

(4) Nicholls. — *A case of cholecysticogastric fistula with accompanying diverticular in the duodenum*. Montréal, 1898, XXVII, 826.

(5) Lejonne et Milanoff. *Bul. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1900.

Si depuis quelques années seulement on découvre aux autopsies ces sortes de fistules, il est évident qu'elles ne sont pas spéciales à notre époque, et de tous temps il a dû s'en produire. Les malades ont-ils souffert de leur déversement biliaire, c'est peu probable, car ils auraient nécessairement vomi; or, si l'on signale des vomissements (Lejonne et Milanoff). C'est au moment où la communication s'établissait et où il y avait dès lors nécessairement un certain degré de péritonite.

Du reste, si l'on n'admettait même pas ces considérations, que dirait-on de celles de Kahler, qui affirme *que la présence de la bile dans l'estomac chez l'individu sain et à jeun est très fréquente?*

Herzen a souvent retiré par la sonde pendant les digestions normales, de la bile mêlée au chyme, 107 cas sur 142, d'après ses statistiques.

La légitimité physiologique de la cholécystogastrotomie étant désormais établie par cet ensemble de faits, il nous reste avant de déterminer la valeur de cette opération, à faire l'examen des résultats qu'elle a donnés au point de vue général et fonctionnel.

III. — Résultats de la Cholécystogastromie

Le nombre respectable d'opérations faites jusqu'à présent nous permet aujourd'hui d'en apprécier les suites et nous allons successivement considérer : 1° les résultats immédiats de l'anastomose ; 2° les suites lointaines qu'elle comporte.

1^o RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Quelle que soit la nature et le siège de l'occlusion du cholédoque; cancer ou calcul, les effets immédiats de l'intervention sont identiquement semblables. Quelques heures après l'opération, souvent même au réveil (Obs XII), le prurit n'incommodé plus le patient; le lendemain les selles sont colorées, l'urine s'éclaircit. Deux jours après les téguement commencent à perdre leur teinte ictérique; l'appétit revient, les forces aussi; et successivement tous les symptômes fâcheux de la rétention biliaire s'amendent et disparaissent si bien, qu'au bout d'un mois on peut en croire le malade à peu près débarrassé. Il persiste bien toujours un peu de jaunisse mais on doit supposer que si les observations le permettaient, ou la verrait à la longue s'effacer.

Les résultats immédiats de la cholécystogastrotomie *sont donc excellents*, aussi parfaits que ceux de n'importe quelle autre entérostomie biliaire.

2^o RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — a) *Locaux*. Quel est l'avenir de la communication cholécysto-gastrique; que devient la vésicule et comment s'organise son orifice dans l'estomac?

Une autopsie que nous avons pu faire quatre mois après l'opération, celle de la malade de notre observation XII, nous permet d'ajouter des renseignements précis à ceux déjà fournis par MM. Masse, Pantaloni et Duchamp sur la question.

La vésicule se transforme en un véritable canal. De réservoir mince et large qu'elle était, elle devient en s'allongeant, en épaississant ses parois, en diminuant

son diamètre, un conduit excréteur parfait qui s'adapte merveilleusement à sa nouvelle fonction. Les expériences sur les chiens, un cas de Kappeler, (observation VIII, de Duchamp) avaient déjà signalé cette adaptation que nous constatons une fois de plus aujourd'hui.

Dans la pièce figurée ci-contre (fig. 5) la vésicule, continuant directement le conduit hépatico-cystique, avait atteint une longueur de 20 centimètres depuis le hile du foie à l'estomac, elle paraissait effilée bien que sa partie moyenne fut de la grosseur du doigt; et son orifice gastrique, enfoui entre deux replis de la muqueuse, admettait une sonde du calibre d'un gros porte-plume.

C'est peut-être du côté de l'avenir de cet orifice que les plus graves objections pourraient être faites à la cholécystogastronomie.

Deux fois dans nos quatorze observations nous la voyons se former (Obs. VIII et IX), mais il faut ajouter que dans le second cas, Picqué avait laissé une fistule cutanée. L'oblitération était dès lors probable du côté de l'estomac par suite des contractions incessantes de cet organe et de la liberté qu'avait la bile de sortir sans effort dans une autre direction.

Quant à l'observation de Duchamp, on ne peut nier qu'il y ait là un sérieux inconvénient, mais comme il est commun à toutes les anastomoses intestinales, il ne diminue en rien la valeur de la gastrotomie biliaire. Du reste il est un moyen de l'empêcher à tout jamais; nous l'exposerons au chapitre suivant quand nous décrirons le mode opératoire.

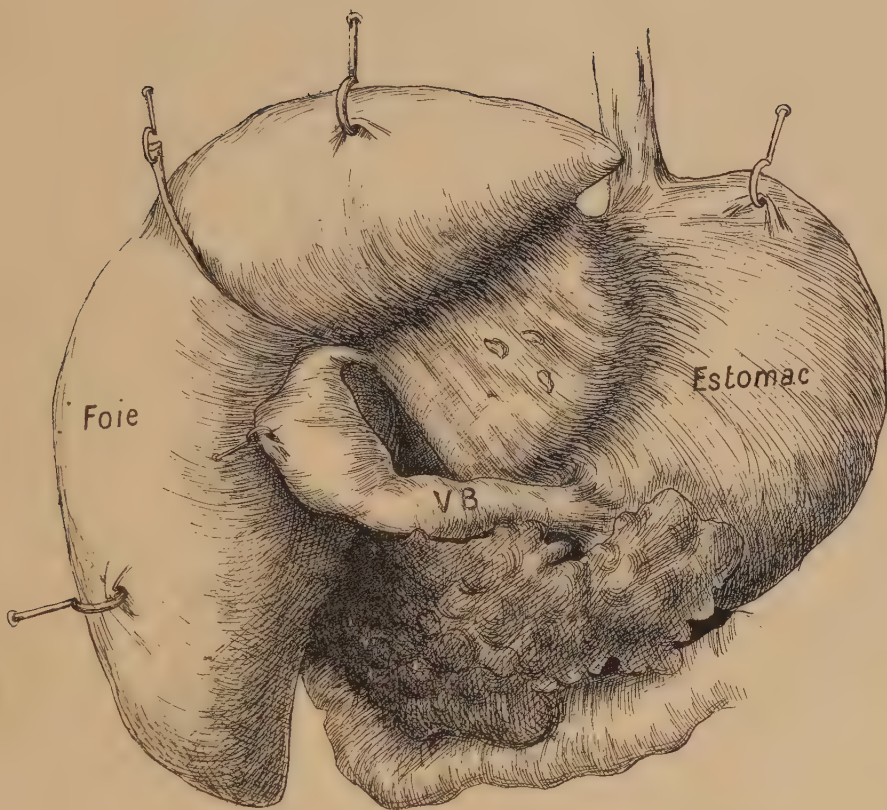


FIG. 5

Résultats d'une cholécystogastrostomie

Pièce provenant de la malade de l'Observation XII. La vésicule s'est transformée en un long canal de 20 centimètres. L'estomac est très dilaté; le cancer du pancréas a envahi une partie de sa face antérieure, le duodénum, l'angle cœlique et s'attaque en deux points à la vésicule biliaire (Dem. Schem.)

Pour être complet il eut été intéressant de rechercher si la muqueuse gastrique n'avait pas été modifiée dans ses éléments histologiques, s'il n'y avait pas eu une sorte de transformisme avec multiplication, par exemple, des cellules bordantes à HCl pour répondre à l'arrivée imprévue de la bile ; malheureusement les circonstances ne nous ont pas permis de faire cette étude.

b) Résultats éloignés généraux. — Pour les apprécier aussi justement que possible il est indispensable de diviser nos observations en trois groupes.

Dans un premier nous rangeons les cas où la cholécystogastrostomie fut faite pour lithiase.

Un second comprend ceux pour cancer du pancréas dans les *trois premiers mois*.

Le dernier réunit les cas où l'opération fut faite dans ce même cancer, mais in-extremis, à la fin de son évolution.

Donc :

1 ^{er} groupe, . . .	Observations I. IX.
2 ^e groupe . . .	— II, V, VII, VIII, X, XII.
3 ^e groupe . . .	— III, IV, VI, XI, XIII, XIV.

On conçoit la nécessité de cette division. Peut-on en effet comparer l'avenir clinique de deux malades dont l'un souffre uniquement d'une rétention biliaire, alors que l'autre, outre cette même influence, subit encore celle absolument fatale d'un néoplasme, dont l'extension rapide et sûre l'achemine chaque jour un peu plus vers la mort ? Une opération peut définitivement

sauver, un lithiasique mais elle ne fera jamais que prolonger un cancéreux.

1° *R'sultats de la cholécystogastrostomie dans la lithiase.* — Malheureusement elle n'a été pratiquée que deux fois pour calculs biliaires. Dans le premier cas (Obs. I) la malade n'a pu être suivie plus de quatre mois à la fin desquels elle était du reste en parfait état. Dans le second (Obs. IX de Picqué) l'anastomose se ferma pour les raisons indiquées plus haut (page 142).

Il est difficile en cette occurrence de donner une appréciation précise, mais cependant tout porte à croire que les résultats éloignés de l'opération doivent se maintenir excellents. La transformation de la poche vésiculaire en étroit canal où le courant biliaire devient rapide, est d'ailleurs une condition suffisante pour empêcher la formation de nouveaux calculs.

2° *Résultats de la cholécystogastrostomie dans le cancer du pancréas avant le quatrième mois.* — La vie des malheureux atteints de cette terrible néoplasie est prolongée de beaucoup, c'est certain (Voir p. 35). L'opération leur donne durant quelques mois une apparence parfaite de guérison et la malade de l'observation XII, que nous interrogeons souvent, était vraiment touchante dans sa douce illusion.

Que penser en outre de l'observation VI de M. Jaboulay? Ces quatorze mois de survie ne sont-ils pas une indication formelle d'opérer dès qu'on le peut dans l'obstruction par cancer du pancréas? C'est assurément le plus démonstratif, le plus brillant des cas de cholécystogastrostomie qui aient été publiés. Avec

celui de Duchamp (Obs. VIII, 13 mois de survie), il détermine la valeur exacte de l'opération. Résultats immédiats parfaits, suites lointaines excellentes. Le déversement de la bile dans l'estomac n'entraîne aucun vomissement, aucun trouble; l'état général est si bon, s'est même à ce point remonté que Duchamp peut faire avec succès sur sa malade une gastro-entéro-anastomone plus d'un mois après sa gastrostomie biliaire (1).

Si ces conditions générales aussi satisfaisantes se sont maintenues pendant treize ou quatorze mois, il y a des chances pour qu'elles se maintiennent indéfiniment, et nous sommes persuadé que d'ici quelques années un nouveau cas de cholécystogastrostomie pratiquée pour une obstruction de cause non mortelle confirmera notre manière de voir.

4^e *Résultats de la cholécystogastrostomie chez les cancéreux en fin d'évolution.* — Ici la statistique n'est pas heureuse. Six opérés; cinq décès. (Obs. III Monod, Giorardano IV, Lejars XI, et Jaboulay XII.) Pourquoi?... On ne saurait exactement le dire, mais il semble toutefois, et c'est l'opinion de Krumm, qu'on a opéré trop tard. La mort des malades dans ces cas est caractéristique. On les voit décliner doucement; ils s'affaissent d'heure en heure et s'éteignent sans bruit,

(1) Dans ce cas de Duchamp l'orifice s'est fermé, il est vrai, mais c'est un accident qui comme nous l'avons dit n'est point spécial à l'intervention. D'ailleurs on eût fait une duodenostomie que le même fait se serait produit plusieurs mois auparavant par suite de l'extension néoplasique.

sans soupir, quelquefois même sans qu'on s'en aperçoive.

Une fois pourtant (Observ. XIV) on relève des vomissements bilieux mais on constate en même temps des signes de péritonite, du reste prévue par la quantité de bile qui, malgré tout, était tombée dans le péritoine pendant l'opération. Pour les autres cas il semble qu'on doive invoquer le schock opératoire plus influent chez les cancéreux du pancréas, presque *in extremis*, que partout ailleurs.

Si ces tristes dénouements devaient être mis au passif de la cholécystogastrostomie et ruiner sa valeur, les chirurgiens entre les mains desquels ils se sont produits abandonneraient à tout jamais cette funeste opération. Or c'est précisément l'inverse qui se produit.

M. Lejars, qui eut deux décès, nous écrivait en nous en communiquant fort obligeamment les observations : « Toutes deux sont de mauvais cas, des opérations *in extremis* et le résultat ne saurait être mis au passif du mode d'intervention que je suis pour ma part prêt à répéter le cas échéant. »

MM. Monod et Jaboulay sont dans les mêmes intentions. Quant à Krumm, dont la malade n'a survécu que sept semaines il est devenu malgré son insuccès relatif un tel partisan de l'opération qu'il s'en est fait l'apologiste.

La cholécystogastrostomie n'a donc aucun désavantage à supporter de ses cas malheureux puisque chacun d'eux lui rallie des partisans. Ils commencent du reste à se faire nombreux. Indépendam-

ment des physiologistes qui l'ont étudiée, des chirurgiens qui l'ont proposée et pratiquée, nous voyons Pantaloni dans sa « Chirurgie du Foie » la « juger parfaitement admissible quoiqu'on en ait pu dire »; Schwartz et Chalot se ranger à la même opinion, et les discussions qu'elle a suscitées à la Société de Chirurgie ne lui ont pas fait paraître beaucoup d'ennemis.

En résumé :

Valeur générale de la cholécystogastrostomie.

— C'est une opération qui n'a que des avantages comparée aux autres anastomoses biliaires du même genre.

a) Elle est *toujours possible*, facile souvent, très facile même parfois, d'après M. Jaboulay.

b) Au point de vue physiologique, elle élude toute chance d'obstruction nouvelle, de coudure intestinale, *d'infection ascendante* etc., (1) et les troubles digestifs, les vomissements dont on l'a théoriquement accusée ne se rencontrent pratiquement jamais.

c) La fistule cholécystogastrique fonctionne très bien : la vésicule se transforme en un long canal où la stagnation biliaire, et la formation de calculs par conséquent, sont impossibles ; de plus un procédé opératoire de M. Jaboulay ne permet pas à l'orifice stomacal de se rétrécir.

(1) Une thèse de la Faculté de Bordeaux établit que le suc gastrique est antiseptique.

d) Enfin les *résultats* tant immédiats que lointains sont toujours *excellents*, et si son hilaire comporte un tiers de décès ils sont tous imputables à l'extrême cachexie de cancéreux qui n'auraient certainement pas résisté davantage à toute autre opération.

Ainsi donc opération facile, scientifiquement rationnelle, donnant d'excellents résultats.

Ses indications. — Quand faut-il la pratiquer?.. En principe toutes les fois que la cholécystoduodenostomie serait indiquée mais ne peut être faite soit pour raison anatomique, soit par considération de voisinage.

C'est à dire :

Dans l'occlusion supposée complète et directement irrémédiable du cholédoque :

1° Quand la *vésicule* est *hypertrophiée*, ou le foie gros.

2° Quand elle est *adhérente* ou que le duodénum est lui-même profondément fixé.

3° Quand un *cancer des voies biliaires*, du pancréas ou du voisinage fait redouter un envahissement prochain de l'orifice que l'on aurait créé au duodénum.

Elle est donc *l'intervention de choix dans l'occlusion biliaire par cancer et lorsque le duodénum et la vésicule ne sont pas facilement réunissables* : le glissement de la paroi antérieure de l'estomac sur la postérieure permettant toujours un rapprochement avec ce réservoir.

CHAPITRE IV

Procédé opératoire au bouton anastomotique de M. Jaboulay-Lumière

Jusqu'à ce jour il n'a été ni décrit, ni utilisé de procédé absolument spécial à la cholécystogastrotomie ; les chirurgiens l'ont pratiquée chacun à leur manière avec les moyens qui leur semblaient les plus avantageux. Cannac dans son travail indique bien les grandes lignes de l'opération mais n'insiste peut-être pas assez sur certains points. Or il est deux conditions que l'on doit chercher à réaliser :

1° Aller vite :

2° Créer un orifice qui ne soit pas susceptible de se rétrécir.

Aller vite parce qu'on a souvent affaire à des malades très cachectisés ; *créer un orifice incapable de se fermer* parce que cette fermeture ramène l'opéré à son état primitif.

La technique opératoire que M. Jaboulay a adoptée répond assez bien à ces desiderata.

De même que Cannac nous diviserons l'opération en quatre temps.

- 1° Incision de la paroi:
- 2° Exploration de la vésicule et des canaux biliaires.
- 3° Anastomose cholécystogastrique:
- 4° Suture de la paroi:

§ I. — LAPAROTOMIE

Choix de l'incision. — Il y a grande diversité parmi les opérateurs. L'un fait l'incision parallèle au rebord des fausses côtes; l'autre sur le bord externe du grand droit; l'autre médiane; celui-ci passe à travers la gaine du muscle, cet autre fait un volet, etc. Nous ne nous attarderons pas à décrire tous ces procédés; mais étant donné qu'en présence d'un ictère auquel on est appelé à remédier, on ne sait que bien rarement qu'elle en est la cause exacte, il est logique d'ouvrir l'abdomen dans des conditions telles que cette incision primitive soit applicable, après l'opération, à toute intervention que le diagnostic secondaire pourrait imposer. Or de l'avis à peu près général c'est la *laparotomie sus-ombilicale médiane* que l'on doit employer. Et même serait-on absolument fixé, irait-on à coup sûr à une cholécystogastrostomie, de l'opinion même de M. Jaboulay qui l'a le plus pratiquée, c'est encore cette incision qu'il faut préférer quitte à l'agrandir plus tard par une section perpendiculaire du grand droit si l'on n'avait assez de jour.

Opération. — Le champ opératoire préparé, le malade endormi, un aide placé à la gauche du patient, l'opérateur assis en face pratique l'incision de la peau de l'appendice xiphoïde à la cicatrice ombilicale.

Deux ou trois passes du bistouri dégagent le tissu cellulaire: si quelques vaisseaux donnent, on les pince. Attaquer ensuite la ligne blanche, la sectionner bien franchement et placer sur ses lèvres deux pinces de chaque côté pour les maintenir. Le péritoine est alors ouvert et les bords de l'ouverture sont également pris par des pinces. Le champ opératoire est sous les yeux: c'est le moment de se rendre compte de la modification des organes et d'assurer son diagnostic.

§ II. — EXPLORATION

La vue donne quelques renseignements sur la couleur, le volume des organes, l'étendue des lésions, mais le toucher et surtout la palpation digitale sont indispensables.

Introduire donc dans l'abdomen la main qui paraît la plus commodément située: c'est la droite ordinairement; aller droit à la vésicule si elle ne se présente pas d'elle-même, se rendre compte de ses dimensions, sa mobilité, sa résistance, son contenu si possible; la suivre jusqu'au cystique qu'on sent rouler; parcourir le hile du foie et s'assurer de toutes les résistances rencontrées en chemin; l'exploration du cholédoque sera faite ensuite d'après les conseils de Calot (1).

(1) In thèse Canuac.

« L'index est porté, pulpe en avant, dans l'hiatus de Winslow et, dans cette situation, la palpation du bord de l'épiploon gastro-hépatique se fait sans difficulté. Tandis que la veine-porte donne la sensation d'un cordon moelleux comme les veines d'un varicocèle, le cholédoque se laisse sentir comme un cordon plat, et, s'il existe des calculs dans son intérieur, il devient possible de les percevoir, non pas seulement dès son origine mais plus bas, et presque sur le bord supérieur du pancréas. En cas d'occlusion de l'hiatus de Winslow par des adhérences péritonéales, on se contentera d'explorer le bord antérieur de l'épiploon gastro-hépatique, et les renseignements recueillis seront encore fort nets. »

Si dans ces diverses recherches on arrive à reconnaître un néoplasme de la tête du pancréas ou toute autre lésion permettant de supposer une occlusion complète et directement irrémédiable du cholédoque, et que la cholécystogastrostomie soit indiquée on procédera de la façon suivante à cette anastomose.

§ III. — ANASTOMOSE CHOLÉCYSTOGASTRIQUE

Emploi du bouton Jaboulay-Lumière

Nous n'avons pas la prétention de vouloir entrer dans la brillante querelle du bouton et de la suture : ennemis ou partisans, d'égales notoriétés se partagent les deux camps. Nous décrivons ce procédé anastomotique parce que c'est celui que nous avons vu employer par MM. Jaboulay et Bérard et qu'il nous semble valoir la suture. Le bouton a parfaitement

tenu dans une soixantaine de gastro-enteroanastomoses ; il économise un temps précieux et permet, en le laissant en place, d'éviter tout rétrécissement dans la suite.

Chaput a fait au bouton le reproche d'amener de la sténose, de l'occlusion, du sphacèle de la paroi et de pouvoir séjourner dans le tube digestif ; deux malades que nous connaissons gardent depuis, l'un quatre mois, l'autre six un bouton de Jaboulay, sans qu'ils présentent le moindre trouble.

Nous limiterons là notre appréciation trop inexpérimentée, et renverrons le lecteur à la thèse de Fouilloux (1) pour un jugement plus détaillé et plus argumenté surtout.

Pourtant nous dirons qu'avec une vésicule solide, assez rapprochée de l'estomac pour s'y joindre sans effort, cet appareil est réellement avantageux surtout si l'on a dans les mains un cachectique épuisé.

Nous allons tout d'abord le décrire en utilisant le travail précédemment cité, puis nous verrons ensuite comment on le met en place.

« *Le Bouton de M. Jaboulay*, décrit par Fouilloux, se compose de deux pièces : une pièce mâle et une pièce femelle.

« *Pièce mâle.* — Elle est formée de deux cylindres concentriques ; le cylindre externe a 22 millimètres de diamètre et une hauteur de 8 millimètres ; le cylindre interne a un diamètre de 12 millimètres et une hauteur de

(1) Fouilloux. — Les appareils d'approximation. Lyon 1901.

15 millimètres. Ces deux cylindres sont unis par la base, le cylindre interne dépasse donc en hauteur le cylindre externe de 7 millimètres.

« Ce cylindre externe est perforé de quatre ouvertures ovalaires qui sont vraisemblablement destinées à alléger le poids de la pièce et non comme l'indiquent Terrier et Baudoin (1), dans leur ouvrage sur *la Suture intestinale*, à propos du bouton de Villard, à laisser passer les matières. Il présente aussi une fente sur laquelle nous allons insister.

« Le cylindre interne, outre qu'il présente la particularité de cette dernière fente spéciale, a les trois quarts de la surface divisés en trois languettes formant ressort et ayant à leur extrémité des griffes destinées à entrer et à maintenir la pièce mâle dans la pièce femelle. La figure en montre bien la disposition.

« Entre deux des ouvertures ovalaires, le cylindre externe est divisé dans toute sa hauteur par une fente de 4 millimètres de largeur, dont la direction est légèrement oblique sur l'axe du cylindre.

« Le cylindre interne est également divisé de bas en haut par une fente de 4 millimètres de largeur sur 11 de hauteur. A cette hauteur du cylindre central, cette fente, qui était presque verticale, devient horizontale tout en conservant la même largeur et occupe un tiers de la circonférence du cylindre interne.

« Les deux parties verticales de ces deux fentes sont continues à la partie inférieure du bouton.

« Un peu au-dessus de la partie horizontale de la fente du cylindre interne existe une griffe correspondant aux griffes des languettes et qui, comme ces dernières, sera destinée à entrer et à maintenir la pièce mâle dans la pièce femelle.

(1) Terrier et Baudoin. — *La Suture intestinale*. Institut bibliographique, 1898.

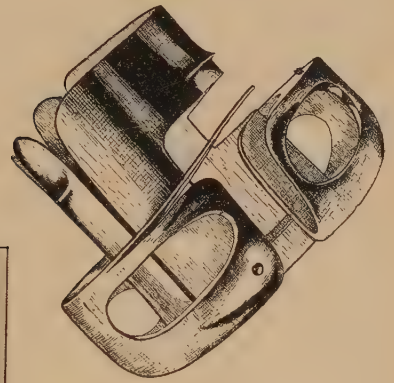
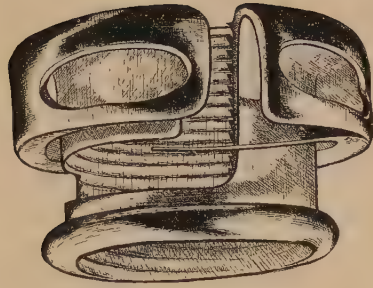


FIG. 6, 7 et 8

Bouton anastomotique de M. Jaboulay

Supprimant toute suture par suite de sa fente latérale qui permet un engagement partiel et progressif à travers un étroit orifice.

« Enfin une lame se détache du rebord supérieur du cylindre externe, lame élastique qui passe au-dessus de l'encoche et qui, une fois appliquée exactement sur la fente, sera destinée à faire du rebord supérieur interrompu du cylindre externe une ligne continue.

« *Pièce femelle.* — Elle est identique à la précédente sauf que :

« 1° Le cylindre interne n'a que 13 millimètres de hauteur au lieu de 15 ;

« 2° Elle ne comporte pas de languette comme la partie mâle et présente un bourrelet à la partie supérieure ;

« 3° La surface interne du cylindre central contient un pas de vis dans lequel pourront s'engrener les griffes des languettes du cylindre central de la pièce mâle. »

L'appareil maintenant connu, supposons les conditions bonnes pour qu'il soit employé c'est-à-dire que la vésicule ne soit ni friable, ni fragile, ni retractée à l'excès.

Avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires. Eviscérer une certaine portion d'estomac ; la saisir entre le pouce et l'index de la main gauche (Fig. 9) jouant le rôle de compresseur intestinal. Fixer la main gauche de l'aide dans la même position à l'autre extrémité du pli ainsi formé.

Déterminer aussi exactement que possible sur la face antérieure le lieu d'élection pour l'anastomose, c'est, avons-nous dit, à gauche du pylore, lorsqu'on rencontre une partie peu vascularisée. Ce point est situé suivant une ligne horizontale à quatre à cinq cen-

timètres du pylore (1). Si ce point est inutilisable, choisir le plus rapproché et le moins vasculaire.

Ponction du viscère. — « Pratiquer la ponction du viscère. On est averti qu'on a pénétré dans la lumière de l'organe et qu'on a par conséquent dépassé sa muqueuse par l'issue d'une petite quantité de matières et par la reconnaissance de cette muqueuse. Elle est facile en général pour un opérateur habitué à ce genre de chirurgie ; mais elle est aussi très importante. On comprend pourquoi : qu'on n'ait pas pénétré en effet dans la lumière du viscère, que le couteau se soit arrêté à une des tuniques quelconques qui recouvrent la muqueuse, le bouton, plus tard, sera introduit entre les tuniques viscérales ; la muqueuse refoulée en avant recouvrira le cylindre externe dans toute son étendue ; le cours des matières ne se fera plus ; il y aura obstruction. (2)

« Agrandir la ponction en pratiquant une ouverture d'une longueur de 1 centimètre environ. Avoir soin qu'elle ait bien cette dimension : en effet, — trop grande, le bouton une fois introduit, les lèvres de la plaie ne viendraient pas s'appliquer ou s'appliqueraient mal sur le cylindre interne, ce qui nécessiterait ultérieurement quelques points de suture : trop petite,

(1) Détermination de M. Patel, interne des hôpitaux, (Aide d'anatomie).

(2) Pour cette raison, M. Jaboulay a pris la précaution de faire saisir la muqueuse (5, figure 9 et 10) par une pince que maintient l'aide tant que quelques millimètres du bouton ne sont pas engagés.

l'opérateur serait obligé de faire un certain effort pour faire pénétrer par sa fente le bouton, effort qui pourrait entraîner un élargissement de l'ouverture primitive et ramènerait ainsi à l'inconvénient précédent.

« Faire saillir la muqueuse de façon qu'elle se retourne légèrement en dehors et montre sa face interne.

Introduction du bouton. — « Puis chacun des deux demi-boutons ayant été préalablement monté sur une pince, présenter à l'orifice pratiqué à l'estomac la fente de l'appareil, de champ, partie femelle (Fig. 10).

« Faire pénétrer la pièce dans le viscère et à mesure qu'elle s'y engage, lui imprimer un mouvement de rotation.

« Lorsque la lèvre du viscère a atteint la partie plus extrême de la fente horizontale creusée dans le cylindre central, changer la direction de l'appareil, le redresser, de façon que, de parallèle qu'il était jusqu'ici, il devienne perpendiculaire aux parois. (Fig. 11)

« Continuer le mouvement de torsion. Cette deuxième partie de la pénétration peut être moins facile que la première. Néanmoins la plupart du temps, grâce à l'élasticité des tuniques viscérales, le bouton « ne demande qu'à entrer » et il n'est pas besoin, pour ce faire, d'un grand effort.

« Ainsi donc, le cylindre externe est dans le viscère. Les deux lèvres de l'ouverture pratiquée à ce dernier ont atteint le cylindre central. Et, puisque cette ouverture a un diamètre plus petit que le cylindre lui-même, les lèvres qui la constituent l'enserrent avec force.

« Point n'est donc besoin de suture de contention.

« Placer des tampons autour de l'orifice de l'appareil et un peu de coton à l'intérieur pour éviter l'écoulement des matières. Saisir ensuite la vésicule, la ponctionner comme précédemment et introduire la pièce mâle de la même façon.

Anastomose. — « Une fois placée, saisir les deux demi-boutons à travers la paroi viscérale; les rapprocher; les faire pénétrer l'un dans l'autre et emboîter à fond. (Fig. 12). Ce dernier temps est malaisé quand on a mal présenté les deux pièces, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas perpendiculaires l'une à l'autre et aussi lorsqu'on a affaire à des parois épaisses, en mauvais état, et que perdant de ce fait de leur élasticité, l'ouverture à elles pratiquée vient à s'agrandir et ses lèvres ne s'appliquent plus exactement sur le cylindre central de l'appareil. On est alors obligé de pratiquer ensuite par-dessus un surjet séro-séreux.

Avantages du bouton de M. Jaboulay. — « Ce manuel opératoire, en apparence compliqué, est simple et ne demande pas plus d'une minute et demie à deux minutes.

« C'est là le premier avantage du bouton de M. Jaboulay sur les autres procédés d'approximation. Nous avons vu en effet qu'il fallait de dix à quinze minutes pour une entéro-anastomose avec les plaques de Senn; qu'avec le bouton de Murphy la même opération n'était guère moins longue. On gagne donc du temps par l'emploi du nouveau bouton et cela n'est pas seulement utile, comme le dit Marwedel, mais important. Car il est incontestable que plus l'opération est vite

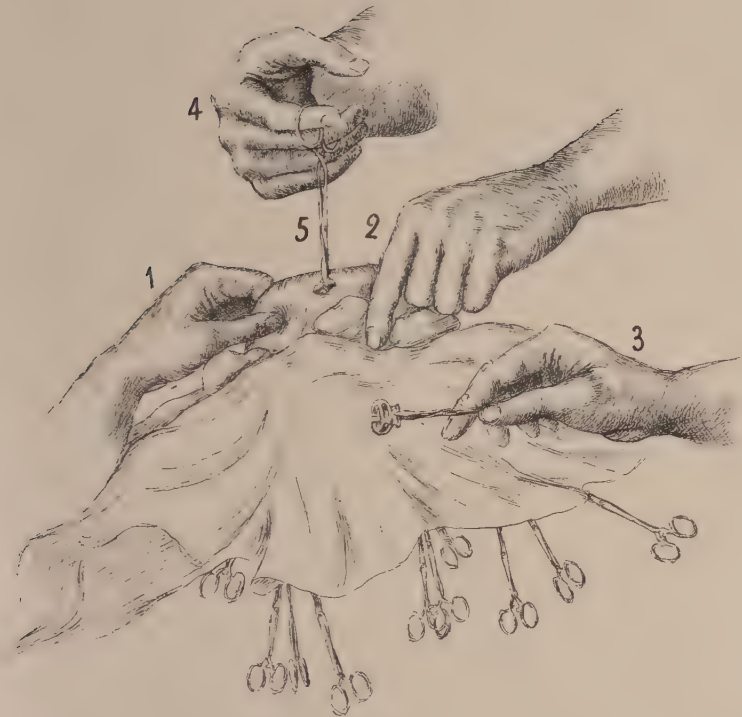


FIG. 9

Anastomose au bouton de M. Jaboulay

Premier temps, préparatoire à l'introduction de la pièce femelle du bouton dans l'estomac.

La main gauche (1) de l'opérateur comprime l'estomac pour en arrêter la circulation et tend le pli formé. La main gauche (2) de l'aide remplit le même office du côté opposé, tandis que sa main droite (4) au moyen d'une pince (5) attire au dehors la muqueuse gastrique (qui a fait hernie à travers la boutonnière créée), afin que le bouton ne s'engage pas entre elle et les autres plans viscéraux.

La main droite (3) de l'opérateur se prépare à présenter le bouton à l'orifice.

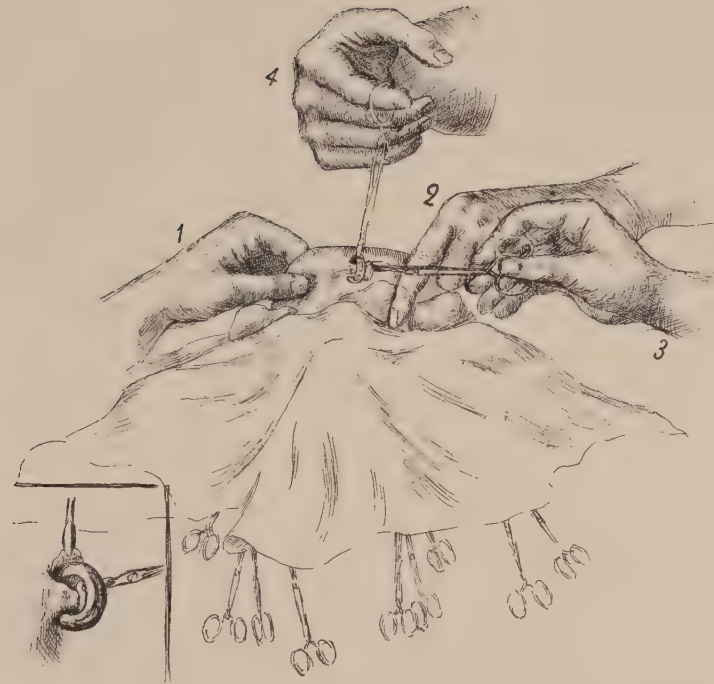


FIG. 10

Anastomose au bouton de M. Jaboulay

Deuxième temps. — L'opérateur a placé l'échancrure latérale du bouton à la lèvre inférieure de la boutonnière et commencé à engager l'appareil par un mouvement de supination de l'avant-bras. L'aide (4) va retirer sa pince devenue inutile.

(1) main gauche de l'opérateur; (2) main gauche de l'aide; (3) main droite de l'opérateur; (4) main droite de l'aide.

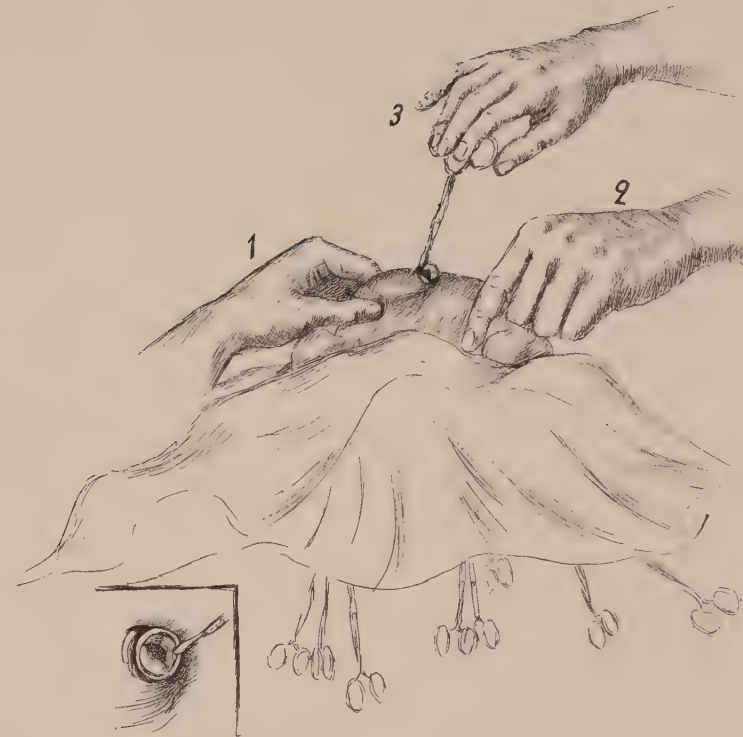


FIG. 11

Anastomose au bouton de M. Jaboulay

Troisième temps. — L'aide a retiré sa pince qui fixait la muqueuse gastrique. L'opérateur en continuant son mouvement de supination a relevé lentement sa main, si bien qu'il finit l'engagement du bouton de telle façon que la pince qui le porte est devenue perpendiculaire à sa première direction (Fig. 10). L'engagement se termine dans cette position.

(1) Main gauche de l'opérateur; (2) main gauche de l'aide; (3) main droite de l'opérateur.

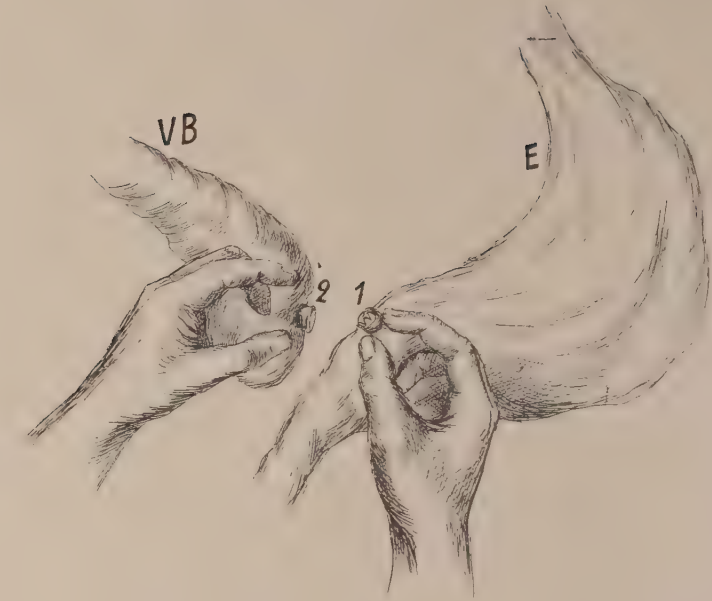


FIG. 12

Anastomose au bouton de M. Jaboulay

Quatrième temps. — La main droite de l'opérateur maintient la pièce engagée dans l'estomac tandis que la gauche approche celle fixée dans la vésicule; il n'y a plus qu'à faire l'engrènement des deux parties.

VB, vésicule biliaire. E, estomac.

faite, moins on a de danger de choc (1^{re} conclusion de Murphy),

« En outre, avec le bouton de M. Jaboulay, point n'est besoin de suture pour le maintenir en place ; le diamètre de l'ouverture par laquelle il a pénétré dans le viscère est plus petit que celui de son cylindre central et par conséquent les lèvres de celle-là viennent s'appliquer sur celui-ci et l'enserrent avec force. Les manipulations sont par conséquent réduites au minimum. Et nous savons que moins on manipule l'intestin, moins il est exposé, et moins le danger d'infection, de paralysie post-opératoire et d'adhérences existe (2^e conclusion de Murphy).

« Il arrive bien quelquefois, pour des raisons indiquées dans la technique opératoire, qu'on est obligé de faire des points de suture par-dessus et autour du bouton mis en place, mais c'est une manœuvre à laquelle on n'a pas à recourir souvent ; c'est un accident, encore est-il rare.

« Enfin les ouvertures pratiquées au viscère, au niveau de l'anastomose ultérieure, consistent en de simples ponctions : d'où encore choc moins intense, danger d'infection moins grand (1). »

Comme on le voit l'emploi de ce bouton a de grands avantages. Mais on peut le rendre encore plus précieux en le modifiant pour lui permettre de rester en place et d'éviter les rétrécissements ultérieurs.

« *La chose, dit M. Jaboulay, n'est pas impossible à réa-*

(1) Fouilloux, *loc. cit.*

liser des fils de soie pourraient attacher les deux pièces aux tuniques viscérales en dehors de la zone écrasée par elles, ils seraient maintenus enfouis eux-mêmes par une suture circulaire surajoutée. »

« Pour cela faire, ce serait une modification insignifiante à apporter dans la construction du bouton nouveau qui resterait, jusqu'alors, le bouton anastomotique de choix. »

L'anastomose une fois ainsi constituée faire s'il y a lieu une toilette des viscères et les réduire dans l'abdomen.

§ IV . — SUTURE DE LA PAROI ABDOMINALE

M. Jaboulay emploie depuis quelque temps un procédé de suture de la paroi abdominale qu'il a servi dans le *Lyon Médical* (1) et que nous reproduisons ici.

« L'un des principaux obstacles qu'il faut surmonter, pour réunir les étages d'une laparotomie médiane et sus-ombilicale, est leur écartement. Tandis que le péritoine peut être facilement rapproché dans ses deux lèvres, les aponévroses de la ligne blanche résistent et souvent se disjoignent, laissant des éventrations.

« Voici un moyen pour accoler les deux bords de cette ligne blanche. Il s'agit de faire une suture continue, aller et retour, de bas en haut, puis de haut en bas de la laparotomie, avec un seul fil, un catgut long et fort, dont les extrémités seront nouées ensemble, à la fin de cette excursion, dans la plaie. C'est un surjet dont chaque anse de fils forme un nœud par le passage de l'aiguille dans la

(1) *Lyon Médical*, n° 40, Octobre 1900.

boucle ; il s'appelle le point de boutonnière. Grâce à lui, chaque point du surjet est immédiatement fixé, et les parties molles sont définitivement accolées sans s'écarter et sans nécessiter un nouveau serrage.

« On commence ce surjet en bas de la laparotomie ; l'aiguille prend, dans la plaie, du côté opposé au chirurgien, l'aponévrose et le péritoine *en même temps*, du côté de l'opérateur, le péritoine *seul* ; le fil passe dans ce trajet et une certaine longueur est mise en réserve dans une pince hémostatique pour le nœud terminal ; puis, l'aiguille continue en remontant le catgut par le surjet signalé plus haut, prenant toujours là-bas aponévrose et péritoine, ici le péritoine seulement. Arrivé en haut de l'incision, ce surjet a ramené facilement sur la ligne médiane la lèvre de la ligne blanche qui a été saisie avec le péritoine. L'autre lèvre aponévrotique qui est vers l'opérateur en reste écartée, mais la portion descendante du surjet va la ramener à son tour au milieu, au contact de la première. L'aiguille et le catgut traverseront de haut en bas, en des points régulièrement espacés, ces deux feuillets aponévrotiques seuls. La traction exercée sur chaque anse du fil attirera au contact de l'aponévrose, déjà fixée sur la ligne médiane par sa prise dans les lèvres péritonéales, l'autre aponévrose qui en est éloignée. Le bout du catgut qui a fait cette traversée, péritonéo-aponévrotique à l'aller, aponévrotique au retour, est noué solidement avec l'autre extrémité laissée dans une pince au commencement de la suture.

« Les téguments sont ensuite fermés par des crins de Florence.

« En somme, ce procédé consiste dans l'attraction et la fixation sur la ligne médiane d'une seule lèvre aponévrotique d'abord, au moyen de sa prise dans la suture péritonéale, puis, mais seulement après, dans l'attraction de la seconde lèvre de la ligne blanche, au même point, en utilisant l'appui solide offert par la première.

«Ce procédé n'est pas comparable à ceux qui ont été l'objet des différentes communications sur la question de la suture dans la laparotomie, mise à l'ordre du jour du Congrès gynécologique de Genève, 1896. Il est plus simple et plus sûr que les moyens employés de différents côtés. Nous n'avons pas besoin de dire que son application est journalière, car il s'adresse à toute la chirurgie de l'épigastre et des hypocondres. C'est à lui que nous nous sommes définitivement arrêté après avoir constaté les défauts de beaucoup d'autres, avec ou sans fils perdus, avec fils résorbables ou non résorbables.»

Les soins intérieurs de l'opération sont ceux que l'on donne ordinairement aux malades ayant subi une intervention sur les intestins. Rien de spécial à ce sujet.

Ainsi qu'on peut en juger ce procédé opératoire est rapide: une cholécystogastrostomie a été faite en 40 minutes (Obs. XII). Il remplit donc le premier desiderata émis au début de ce chapitre: le second le serait par la fixation du bouton dans l'anastomose dont le rétrécissement deviendrait dès lors impossible; ou tout au moins par la création d'une anastomose large (comme le recommande Duchamp, Obs. VIII) au moyen d'un gros bouton.

CONCLUSIONS

1° L'occlusion permanente du cholédoque, dont les causes sont nombreuses, donne lieu à des accidents généraux, qu'une opération peut empêcher. Malheureusement, le diagnostic de cette occlusion est parfois difficile ; la laparotomie exploratrice, aujourd'hui peu dangereuse, aidera souvent à l'établir.

2° Un obstacle *complet et directement irrémédiable* du cholédoque étant supposé, comment en pallier les effets ?

3° On peut traiter la rétention biliaire qui en est la conséquence par la *cholécystostomie* et les *cholécysto-entérostomies*, mais on doit employer, quand on le peut, ces dernières opérations, qui ont l'avantage de conserver la bile, très utile aux fonctions intestinales.

4° Toutes les entérostomies biliaires ont leurs inconvénients, mais la *chol. cysto-duodénostomie* semble réunir le maximum de suffrages : on la pratiquera toutes les fois qu'elle se présentera comme facile et n'aura pas lieu dans le voisinage d'un cancer.

5° Mais, en cas de *difficultés* ou de *néoplasme voisin*, la *cholécystogastrostomie* lui sera préférée.

6° C'est une opération facile, rapide, scientifiquement rationnelle au point de vue anatomique, physiologique et fonctionnel.

7° Le déversement de la bile dans l'estomac ne produit pas de troubles digestifs. Cette constatation est prouvée par les expériences de Dastre, Oddi, Masse, Cannac; les quatorze observations que nous avons réunies et plusieurs faits de fistules cholécysto-gastriques spontanées trouvées aux autopsies.

8° La *cholécystogastrostomie* est donc une opération admissible qui deviendra l'*intervention de choix quand la dudénostomie sera pénible ou contre-indiquée*. Le procédé opératoire de M. Jaboulay, qui permet de l'exécuter en dix minutes, augmente encore ses avantages et la rend précieuse dans les cas de cachexie.

VU:

Le Président de la Thèse,

A. PONCET.

VU:

Pr le Doyen, l'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Lyon, le 11 Janvier 1902.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDOUIN. — Progrès médical, 1897.
- BARD et PIC. — Revue de Médecine, 1888.
- BEAUNIS. — Traité de Physiologie humaine, t. II.
- BEER. — Einfall von Magen-gallenblasen, Kiel. P. Peters, 1896, 44 pp.
- BLONDIOT. — Inutilité de la bile dans la digestion.
- BONNET. — Etat de la vésicule biliaire dans les ictères chroniques par rétention. Th. Paris, 1895-96, n° 44.
- BOUCHARD. — Thérapeutique des maladies infectieuses.
- CANNAC. — La Cholécystogastrostomie. Th. de Bordeaux, 1897.
- CHALOT. — Nouveaux éléments de Médecine opératoire.
- CHAPUT. — Rétrécissement de gastro-entérostomie. Société de Chirurgie, séance du 17 juillet 1899.
- CHAPUT. — Thérapeutique chirurgicale, Intestin. Rectum. Péritoine, Paris, 1896, chez O. Doin.
- CHALOT. — Médecine opératoire.
- CARON. — Contribution à l'étude du canal du pancréas. Th. Paris, 88-89.
- DASTRE. — Archives de Physiologie, 3^e série, t. II, p. 317, Paris, 1890.
- DESTOT. — Archiv. prov. de Chirurgie, 1894, p. 336.
- DELAGENIÈRE. — Thèse de Paris, 1890.
- DOYON. — Cours de Physiologie.

- DUJARDIN-BEAUMETZ. — Rapport lu à l'Académie de Médecine, 1894.
- DUVAL (Mathias). — Cours de Physiologie.
- FERRARI. — Brazil Med. Rio-de-Janeiro, 1900, XIV, 277-278.
- FLEINER. — Ueber Gallenblasenen Zundung und Abhängige Magendsterrungen Münschen Medic. Woch, 190, XLVII.
- FORGUES et RECLUS. — Thérapeutique chirurgicale. t. II. 3-4
- FOUILLOUX. — Des appareils d'approximation. Thèse de Lyon, 1900.
- FOURNIER. — Origines microbiennes de la lithiase. Thèse de Paris, 1896. n° 318.
- FRÉDÉRICQ et NIEL. — Cours de physiologie.
- GASTON GAILLRAD'S. — Medical Journal, mars 1880.
- GENERALI. — Cliniques médicales, Milano, 1900.
- GERSUNG. — Centralblatt für Chirurgie, n° 7, 1894.
- GIORDANO. — Contributo alla Chirurgia del feigato et del via biliari.
- GUILLON. — De la Glycosurie dans le cancer du pancréas. Thèse de Paris, 97-98, n° 424.
- HARLEY. — Discates of the liver. London. 1883.
- HARTMANN. — Bulletin Soc. Anat., 31 juillet 1885.
- HEIDENREICH. — De l'emploi du bouton de Murphy, Congrès de Chirurgie, 1896, p. 52.
- HUMBEL. — Contribution à l'étude de l'ictère persistant. Thèse de Lyon, 98-99, n° 52.
- JABOULAY. — La Cholécystogastrostomie pour les tumeurs de la tête du pancréas. Lyon Médical, 1898.
- JABOULAY. — Nouveau procédé de suture de la laparatomie. Lyon Médical, décembre 1900.
- JONNESCO — Cholécystostomie pour un calcul de la vésicule biliaire, Bulletin de la Société de Chirurgie, Bucarest, 1900.
- JUDE. — La symphise généralisée du péritoine. Thèse de Lyon, 1901.

- KAPPELER. — Corresp. Blatt. für Schit., 1^{er} septembre 1887.
- KRUMM. — Zur Frage der Cholecystogastrostomie. München med. Wehusr. 1901, XLVIII, 826-827.
- LEGRAND. — Revue de Médecine, février 1899.
- LEJARS. — Cholécystostomie. Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 1900, XIV, 407.
- LEJARS. — Indications de la cholécysto et de la cholécystectomie. Revue de Chirurgie de Paris, 1896, p. 645.
- LEJONNE et MILANOFF. — Double fistule biliaire gastrique et duodénale. Cancer de la vésicule biliaire. Lithiase cholécocyque. Bulletin et Mémoire de la Société anatomique. Paris 1900, LXXV.
- LEPETIT. — Cholédocotomie. Thèse, Paris, 93-94.
- LOISELET. — De la cholécysto-entérostomie dans le cancer du pancréas. Thèse, Paris, 98-99, n° 498.
- MASSE. — De la cholécystogastrostomie. Trib. méd., Paris, 1898. Communication.
- MAYO ROBSON. — Association médicale britannique. Session de Nottingham, 1892.
- MICHAUD. — Loire Médicale, 1901, XX.
- MONASTYRKI. — Chirurgie. Westuik, 1888.
- MONOD. — Bulletin. Société de Chirurgie, 1896, p. 546.
- MONPROFIT. — Chirurgie du foie, in Pantaloni.
- MONTAGNON et DUCHAMP. — Obstruction néoplasique du cholédoque, abouchement de la vésicule dans l'estomac. Loire Médicale, 1899, XVIII, 142 à 145.
- MONTAGNON et DUCHAMP. — Oblitération d'une anastomose cysto-gastrique dans un cas de rétention biliaire. Loire Médicale, 1900, XIX, 294 à 296.
- MURPHY. — Boutons anastomiques. New-York médical record, 10 décembre 1892.
- NICHOLLS. — A case of cholecysticogastric fistula With accompanying diverticulas in the duodenum, Montréal, 1898, XXVII, 826.

- ODDI RUGGERO. — Azionne della Bile sulla digestione gastrica. Turin, 1887.
- PANTALONI. — Chirurgie du foie et des voies biliaires. Paris, Institut Bibliographique, 1899.
- PANTALONI. — Cholécystentérostomie à l'aide des appareils d'approximation. Archives provinciales de Chirurgie, Paris, 1900, IX, 88-103.
- PATEL. — Trois cas de cholécystogastrostomie. Lyon Médical, octobre 1900, n° 40.
- PATEL. — Les tuberculoses intestinales de l'intestin grêle. Ballières.
- PATURET. — Thèse de Paris, 1892-93.
- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine.
- POPE. — Case of vomiting of gallstones; death; necropsy: communication between gall-bladder and duodenum. Lancet, 1887, II, 961
- ROBINSON. — Brit. méd. Journ. 1900, II, p. 1004.
- RICKETTS. — Specimens demonstrating the operation of gastro-cholecystotomy. J. Am. M. Ass., Chicago, 1893, XXI, 302 à 304.
- SCHWARTZ. — Cholécystogastrostomie. Paris, 1901, p. 519.
- TERRIER. — Presse Médicale, 1896, p. 174.
- TERRIER. — Revue de Chirurgie, 95, p. 176.
- TERRIER. — Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie, 00, p. 273.
- TERRIER et AUVRAY. — Chirurgie du foie et des voies biliaires. Paris, 1901.
- TESTUT. — Traité d'Anatomie humaine.
- TILLAUX. — Traité d'Anatomie topographique.
- VERNAY. — Cancer primitif du pancréas. Thèse de Lyon, 1884.
- VIAULT et JOLYET. — Traité de physiologie humaine.
- E. WEILL. — Du reflux permanent de la bile dans l'estomac (Société des séances médicales de Lyon 1890). Lyon Médical, 1890, XX, p. 463.

WICKHOFF ET ANGELBERGER. — Cholélistiasis; obturatio ductus cholédochi? cholécysto-gastrostomie; Heilung.

Wien. Klin Wechuschr, 1893, VI, 325-327.

WILLIET. — Brit. Méd. Journ. t. II, 1886, p. 903.

WIRCHOW. — Gazette des Hôpitaux, 96, 140. Discussion sur les laparotomies.

WYSS. — Zür Actiologie des Staungsicterus. Arch. de Virchow, 1866.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
APERÇU GÉNÉRAL.	11
CHAPITRE PREMIER. — Diagnostic des causes de la rétention biliaire.....	17
CHAPITRE II. — Traitement de l'obstruction permanente du cholédoque.....	41
CHAPITRE III. — La cholécystogastrostomie.....	71
CHAPITRE IV. — Procédé opératoire	149
BIBLIOGRAPHIE.....	165

Imprimerie MOUGIN-RUSAND. — WALTENER et C^e, successeurs
3, rue Stella — Lyon
